UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1941 N° 23

La Méningite Hérédo-Syphilitique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 22 Juillet 1941

par

ARNAUD AIMÉ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Alger

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juin 1910 à ALGER

JURY

MM. POROT, *Professeur de Clinique psychiâtrique*.... Président

BENOIT, *Professeur d'Histologie et d'Embryologie*

THIODET, *Agrégé* (Médecine)..... Juges

SARROUY, *Agrégé* (Médecine) .....

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1941 N° 23

La Méningite Hérédo-Syphilitique

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 22 Juillet 1941

par

ARNAUD AIMÉ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Alger

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juin 1910 à ALGER

JURY

MM. POROT, *Professeur de Clinique psychiâtrique*.... Président

BENOIT, *Professeur d'Histologie et d'Embryologie*

THIODET, *Agrégé* (Médecine)..... Juges

SARROUY, *Agrégé* (Médecine) .....

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Doyen honoraire	LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚙).
Assesseur	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ⚙).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ⚙).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ⚙, ⚙, O. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (✻, A. ⚙).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻. ⚕, I. ⚙).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ⚙).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ⚙).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ⚙).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ⚙).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique de maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ⚙).
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚕, I. ⚙).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚕, I. ⚙).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚕, I. ⚙).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ⚙).
Médecine légale	N...
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Clinique médicale et hygiène infantile	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚕, I. ⚙). — M. LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚙).
M. COURRIER (✻, ⚕, I. ⚙). — WEBER (✻, ⚕, I. ⚙).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚕, I. ⚙), agrégé pérennisé (Obstétrique).
M. FERRARI (✻, I. ⚙). agrégé (Chirurgie)

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ⚙).
	THIODET (⚕).
	SARROUY (✻, ⚕).
Histologie	KEHL.
Chirurgie	CURTILLET.
	GOINARD.
	SABADINI (A. ⚙).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ⚙).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ⚙).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur POROT,

qui nous a donné des conseils éclairés sur ce travail et qui, par sa bienveillance, nous a soutenu dans notre tâche.

A Monsieur le Professeur BENOIT,

à qui nous devons tant de conversations si agréables, et de longs moments de collaboration pour une œuvre de solidarité envers les prisonniers.

A Monsieur le Professeur THIODET

dont nous suivîmes le précieux enseignement et que nous remercions de ses amicaux sentiments.

A Monsieur le Professeur SARROUY,

qui nous fit un accueil généreux dans son service et à qui nous exprimons notre sincère et indéfectible affection.

Avant-Propos

Le modeste travail que nous présentons ici ne peut rien avoir de très original : son sujet fut traité souventes fois, par les Maîtres de la Pédiatrie. Cependant, nous avons voulu faire œuvre utile, et, sans vouloir persuader le lecteur que ces quelques réflexions sur la méningite hérédo-syphilitique constituent un pesant travail de base, nous avons tenté de « faire le point », et résumer en quelque sorte ce qui concernait la question depuis une vingtaine d'années.

Il est avéré que les observations de méningite hérédo-syphilitique sont rares, nous voulons dire par là les observations où le diagnostic n'est pas discutable.

Nous avons, à propos d'un cas observé dans le service de Monsieur le Professeur Sarrouy, *fait un rappel des différentes formes cliniques de l'affection, grâce aux observations puisées dans la littérature, et brossé un tableau comparatif avec les formes de la méningite syphilitique de l'adulte au cours de la syphilis acquise. A ce propos nous avons tenté de faire une bibliographie aussi complète que possible mais les circonstances actuelles ne nous ont pas permis de consulter toutes nos références.*

Il ne faut donc pas s'étonner si ce travail présente quelques lacunes, que peut-être un jour il nous sera permis de combler.

Notre profonde reconnaissance va au Professeur SARROUY, *qui nous fit un si aimable accueil dans son service de Médecine et d'Hygiène infantiles de l'hôpital de Mustapha. Nous tenons à lui exprimer nos très respectueux remerciements pour les judicieux conseils qu'il nous a prodigués et l'assurer de notre entier dévouement.*

Nous rendons ici hommage à tous nos Maîtres, d'ALGER *et de* PARIS, *qui nous ont enseigné durant dix années d'études volontairement prolongées. Ces années resteront pour nous les plus belles. Nos Maîtres nous ont appris l'amour de notre art, et, si à ce tournant de notre existence, nous jetons en arrière un mélancolique regard, le souvenir des luttes passées nous ragaillardit pour l'avenir.*

Nous tenons à associer dans nos souvenirs les officiers, sous-officiers et cavaliers Bourguignons du 61ème Groupe de reconnaissance, dont beaucoup tombèrent en faisant leur devoir.

Notre pensée va aussi à nos compagnons de captivité, les Docteurs Cochart, Loquin, Riberolle et Aulon, les dentistes Cattenat et Reusser, le pharmacien Moureau, dont nous avons fraternellement partagé, sous les brumes de Westphalie, les lourds soucis et les pauvres joies.

La Méningite Hérédo-Syphilitique

Quelle est sa fréquence ?
Quels sont ses aspects cliniques ?
Quel est son pronostic ?

Définition

Sous le terme de méningite hérédo-syphilitique, les auteurs comprennent des faits bien différents.

Ainsi, Nobecourt et Babonneix, dans leur traité de Médecine des enfants en excluent la simple réaction méningée d'une constance presque absolue dans la luès qui consiste en modification du liquide céphalo-rachidien, mais cela sans aucun symptôme méningé. Ces réactions méningées sont, chacun le sait, essentiellement une légère albuminose et une lymphocytose variable. La méningite par contre, s'accompagne de symptômes nets.

Mais tous les termes de passage entre cette simple réaction méningée et la méningité à symptômes nets existent et on sait de plus que la formule du L.C.R. et ses caractéristiques chimiques sont fort loin d'être en rapport constant avec l'intensité du syndrome clinique. Tel malade sans raideur méningée a un L.C.R. louche, tel autre avec un tableau de méningite aiguë a un L.C.R. sensiblement normal. Il semble donc bien arbitraire d'établir une barrière entre ces faits.

Les réactions que l'on range dans le cadre des méningites syphilitiques sont singulièrement disparates, puisque, à côté de celles qui sont graves, mor-

telles même, il en est qui ne s'accusent que par une légère modification du liquide céphalo-rachidien. (Hutinel). Il semble logique d'admettre comme définition de la méningite l'inflammation chronique ou aiguë des méninges molles qui ont une traduction clinique, par un syndrome classique et des modifications histologiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien.

Ainsi s'exclue de notre cadre le méningisme (syndrome clinique de méningite sans modification notable du liquide céphalo-rachidien).

Les réactions méningées (modifications cytochimiques du liquide céphalo-rachidien, qui ne sont pas accompagnées des phénomènes cliniques caractérisant la méningite), au contraire, y entrent, à notre sens.

Si ces considérations sont valables chez l'adulte, on peut également les appliquer à l'enfant et surtout au nourrisson, bien que les signes cliniques classiques y soient profondément modifiés.

Nous ne cherchons pas à trancher des discussions sur la valeur des mots. Nous reproduisons un certain nombre d'observations qui ont été publiées et nous les avons groupées, par ressemblance ; notre observation entre ainsi dans le cadre des formes convulsives avec signes oculaires.

Rappel d'Anatomie Pathologique

Les lésions méningées, hérédo spécifiques ont de grandes analogies avec celles de la syphilis acquise, mais il n'y a pas identité, (Hutinel).

Chez l'enfant, ce sont essentiellement des *vascularites,* la pie-mère est une membrane vasculaire et les vaisseaux vecteurs sont les premiers atteints puis les lésions gagnent la dentelle conjonctive qui les unit, sur les centres encéphaliques et médullaires.

Chez le nourrisson où la masse encéphalique n'est qu'une sorte de « crème rosée où se développent et mûrissent les éléments nerveux » les lésions par l'arrêt du développement laisseront des traces profondes.

Les constatations anatomo-pathologiques *chez l'adulte* montrent l'existence :

a) de *gommes méningées* (de dimensions réduites, grain de chènevis, noisette) situées sur la convexité, le chiasma, la protubérance, englobant les nerfs crâniens, les gros vaisseaux.

b) *l'infiltration gommeuse diffuse* au cours des méningites aiguës de la période secondaire, exsudat

gélatiniforme, surtout marqué à la base, tapissant la surface des méninges.

c) *Méningites scléreuses,* prédominant à la base, avec adhérences au cortex cérébral et, par endroit, pachyméningite hypertrophique. Les lésions du parenchyme cérébral s'associent toujours aux lésions des méninges.

Le tréponème se retrouve quelquefois, citons, par exemple, une observation de Pahr (*Deutsche Médiz. Wochenschrift,* 12 *Nov.* 1914) qui concerne l'autopsie d'un homme, décédé dans un coma méningé au cours d'une syphilis secondaire.

On découvrit des lésion de méningite où fourmillaient les tréponèmes.

Plus récemment, Monier-Vinard et Brunel, à la séance du 6 Février 1941 de la société de Neurologie, ont rapporté le cas d'une pie mérite syphilitique aiguë, avec lésions gommeuses microscopiques, et d'assez nombreux tréponèmes dans les parties nécrobiosées de la méninge.

Les constatations nécropsiques sont des plus rares *chez l'enfant.* Nous avons les constatations de Ravaut, qui fit quatre autopsies de nourrissons hérédo syphilitiques :

— l'une fut complètement négative (xi).

— l'une (xviii) montrait des lésions nettes de « granulie » (type gommes méningées).

— l'une (xxi) montrait une pie mérite avec exsudat fibrineux en toile d'araignée, tapissant la

base de l'encéphale surtout au niveau du chiasma. (type infiltration gommeuse diffuse), les vaisseaux contenaient des coagulations et des spirochètes, la substance nerveuse en était exempte.

— l'observation XXIV révèle un œdème sous-arachnoïdien avec exsudat basilaire, du chiasma à la partie postérieure de la protubérance. (type infiltration gommeuse diffuse).

Ajoutons l'observation de José Symono, où l'autopsie d'un nourrisson ayant présenté quelques semaines auparavant une méningite syphilitique (traitée au néo-arseno-benzol et au bismuth et « guérie » cliniquement) montra le cerveau recouvert à la face interne de la dure-mère, au niveau des lobes antérieurs par un exsudat gélatineux jaunâtre avec petites hémorragies, liquide rose-jaunâtre dans les ventricules latéraux.

Dans un cas étudié par Leitch, des petites plaques d'exsudat blanchâtre étaient disséminées à la surface de l'encéphale et contenaient des tréponèmes. (Garçon de 12 mois, hérédo-syphilitique, ayant fait une méningite aiguë pouvant faire penser à la tuberculose. LCR avec beaucoup de leucocytes, dont 66 % de lympho. Mort en 4 jours).

Il n'y a donc pas de grandes différences anatomiques entre les formes de l'enfant et celles de l'adulte.

Parallèle avec l'adulte

On est naturellement tenté de faire un rapprochement entre les formes de l'enfant et celles de l'adulte et d'en faire une étude parallèle.

Fournier qualifiait simplement de *syphilis héréditaire précoce* les accidents qui surviennent peu de temps après la naissance et de *syphilis héréditaire tardive*, les accidents qui apparaissent dans l'enfance, l'adolescence et même l'âge adulte.

Il semble élégant, avec M. Carle, de dire qu'il n'y a pas à proprement parler de syphilis héréditaire précoce et de syphilis héréditaire tardive, mais, bien plutôt, des manifestations précoces liées à la syphilis secondaire et des manifestations tardives qui sont de la syphilis tertiaire. L'analogie est complète alors entre la syphilis congénitale et la syphilis acquise. Le schéma est commode, s'il n'est vrai. Il a l'avantage de correspondre à nombre de faits cliniques.

Par extension, les méningites aiguës syphilitiques doivent se rencontrer dans la petite enfance alors que le malade est encore dans la phase septicémique et non pas dans la 2ème et 3ème enfance.

Aussi, dresserons-nous les tableaux comparatifs entre la méningite syphilitique de l'adulte et celle de l'hérédo.

A. Chez l'adulte, la méningite syphilitique survient surtout au cours de la période secondaire, elle est soit nettement caractérisée cliniquement par un syndrome méningé, soit latente, révélée par la ponction lombaire, (*méningite histologique,* de Sezary), et 3 syphilitiques sur 4 la font.

Mais en clinique, tous les intermédiaires existent entre cette méningite histologique et la méningite aiguë.

Or, cette forme aiguë simule la méningite tuberculeuse, ou la lymphocytaire curable, ou celle de l'encéphalite épidémique, lorsque les lymphocytes prédominent dans le liquide céphalo-rachidien, ou la méningite cérébrospinale et les puriformes, lorsque la ponction lombaire ramène un liquide plus ou moins trouble.

Les signes méningés sont, d'une manière générale, rarement très nets, comme dans la méningite aiguë épidémique, plus souvent ils sont *estompés irrégulièrement :* la céphalée est le plus constant de tous, tenace, diffuse, à exacerbation nocturne ; elle n'est calmée que par le traitement spécifique, et rebelle aux usuels sédatifs.

Les paralysies parcellaires sont communes, avec prédominance de l'atteinte des nerfs crâniens (où l'on peut invoquer la prédominance des lésions méningées à la base du crâne). La septième, sixième, quatrième et troisième paires sont les plus fréquemment touchées, d'où les paralysies faciales, les diplopies, le strabisme divergent avec ptosis ou convergent ; les troubles du pouls et de la respiration

sont peunets. Il y a peu de fièvre, pas de dissociation du pouls et de la température. L'évolution est irrégulière avec poussées et rémissions.

Ces formes sont aisément diagnostiquées par la coexistence des lésions cutanéo-muqueuses (mais se rappeler la possibilité de méningite, d'autre étiologie, chez un syphilitique en évolution), ou parfois par l'existence d'un chancre (se rappeler les formes très précoces). Ces lésions cutanéo-muqueuses peuvent passer inaperçues, d'où la difficulté du diagnostic d'une méningite, simulant tantôt la méningite cérébro-spinale, tantôt la méningite lymphocytaire curable et en dernier lieu les formes latentes peuvent rester méconnues.

Cette méningite latente est uniquement histologique et son étude a été faite par Ravaut, Milian, Gougerot, etc..) Il y a simplement une augmentation de l'albumine (0,40 à 0,60) et une pléocytose le plus souvent lymphocytose légère.

Dans la syphilis tertiaire de l'adulte, la méningite aiguë syphilitique devient rare ; il s'agit plus souvent de poussées de méningites, greffées sur une méningite syphilitique latente. Très souvent elles sont associées à une lésion de l'axe cérébro-médullaire, méningo-eucéphalite et méningo-myélite.

La forme diffuse, en effet, appartient souvent à la méningo-encéphalite de la P.G., avec ou sans symptôme de lésions en foyer associé.

Les méningites tertiaires, sont presque toujours chroniques, sont souvent latentes et restent ignorées

sauf si une atteinte spécifique du névraxe ne les accompagne.

L'existence des méningites aiguës tertiaires est prouvée ; elles sont rares, leur diagnostic est difficile.

Elles doivent être identifiées pourtant très précocement, car leur méconnaissance est grosse de conséquences fâcheuses.

Il existe des formes localisées, les plus fréquentes sans doute et qui se retrouvent plus chez l'adulte que chez l'enfant. Les formes localisées à la base de l'encéphale, avec atteinte des différentes paires crânienne, avec syndromes infundibulo-tubériens, hypophysaires, pédonculaires, protubérantiels, bulbaires, sont donc infiniment variés en théorie.

Les formes localisées à la convexité réalisent soit des syndromes à type convulsif, épilepsie localisée ou généralisée, soit des syndromes à type paralytique, mono, hémi et diplégique.

Enfin, éventualité rare, les lésions peuvent obturer les trous de Magendie ou de Luschka et provoquent une hypertension intra-crânienne. Même sans cela, la méningite syphilitique localisée peut réaliser une symptomatologie de tumeur cérébrale et l'on sait que la valeur du B. W. dans le liquide céphalo-rachidien est alors contestable, d'où l'intérêt des stigmates, cliniques et sanguins de la luès, et l'épreuve du traitement, avec les réserves d'usage.

Enfin, ajoutons le *méningo-tropisme syphilo-thérapeutique* ou *neurotropisme* manifesté surtout au cours des cures novarsénicales, chez l'adulte presque uniquement et nous n'en avons trouvé aucun exemple chez l'enfant rapporté dans la littérature, bien que son existence soit mentionnée.

Peut-être nos recherches ont-elles été trop incomplètes. Elle survient, en général, au cours de la période secondaire de la syphilis, vers la 3ème ou 4ème injection ; brusquement le lendemain ou le surlendemain de celle-ci, apparait un syndrome méningé bruyant avec pléocytose du liquide céphalo-rachidien, à prédominance lymphocytaire (mais les polynucléaires peuvent être plus ou moins abondants et le B W est positif.

Au total les méningites syphilitiques de l'adulte sont plus souvent chroniques qu'aiguës ; elles ne sont pas spécialement graves, la gravité tient aux lésions associées du névraxe, elles ne sont pas toujours curables malgré le traitement.

B. *On retrouve toutes ces différentes formes chez l'enfant hérédo-syphilitique.*

Mais il ne saurait y avoir de parallélisme absolu entre les méningites syphilitiques acquises de l'adulte et celles de l'enfant.

Chez l'enfant, on ne peut dater le début de l'infection comme chez l'adulte, où l'on retrouve la date du chancre, et l'évolution des accidents secondaires.

L'enfant entre, dit-on, d'emblée dans la phase

septicémique, dans la phase secondaire, soit in-utero soit extra-utero, dans les premiers mois qui suivent sa naissance, mais, fait très important, qui semble plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, la phase secondaire peut passer complètement inaperçue. Puis il passe à la période tertiaire qui persiste pendant toute l'enfance et après elle.

Chez le nourrisson hérédo syphilitique, cliniquement les signes sont plus difficiles a interpréter, en raison de l'ignorance des signes subjectifs et les réactions différentes de son organisme sous l'atteinte de la maladie.

On connait la fréquence des réactions méningées syphilitiques au cours des manifestations cutanées et muqueuses de la luès. On invoque là la communauté d'origine ectodermique des tissus nerveux et cutanés — peu importe d'ailleurs. Mais ces états particuliers du nourrisson hérédo-syphilitique se sont raréfiés. Le diagnostic étiologique de telles méningites est facile. Il est plus fréquent de se trouver en présence de méningite latente.

Ravaut, après les études de Tœbler sur le cytodiagnostic du liquide céphalo rachidien, examina systématiquement le liquide céphalo rachidien de 28 hérédo syphilitiques de quelques jours à un an. Dans 8 cas il trouva un liquide céphalo rachidien normal ; dans les 20 autres cas il y eut :

3 réactions «discrètes», 3 à 6 lymphos par champ,

8 réactions « moyennes » - 7 à 20 lympho.

9 réactions « fortes », plus de 20 lympho

et il faut noter que dans tous les cas où la réaction était forte, il existait en même temps des manifestations cutanées assez importantes comme chez l'adulte dans l'efflorescence secondaire, il se produit des réactions analogues ; le parallélisme peut donc être observé, et comme chez l'adulte, on retrouve des méningites syphilitiques simulant la méningite tuberculeuse, (celle-ci chez le nourrisson est rare. Elle est retrouvée plutôt dans la seconde enfance).

Les méningites type tertiaire, sont rares. On retrouve surtout les méningo-encéphalites, bien plus fréquentes que les méningites et qui réalisent ces mutilations cérébrales, avec arriération mentale, idiotie, débilité mentale, hémiplégie, diplégie cérébrale, syndromes hypophysaires, etc.

Enfin, si nous nous rapportons au remarquable ouvrage de Drouet & Hamel sur l'Hérédo syphilis mentale, nous retrouvons chez leurs malades, beaucoup plus âgés que ceux de Ravaut, donc se rattachant à la $S.^3$ plutôt qu'à la $S.^2$ des modifications du liquide céphalo-rachidien dans 95 % des cas :

surtout augmentation du taux de l'albumine ;

plus rarement une lymphocytose associée, ou isolée, d'ailleurs légère, 3 à 4 lympho par mmc, par exemple ;

enfin un B. W. positif dans le sang ou le liquide céphalo rachidien.

Si pour nombre de faits, ce cadre est vrai, il n'est pas valable pour nombre d'observations.

L'âge ne permet pas de dire si l'on doit s'attendre à des manifestations secondaires ou tertiaires.

Si le nourrisson a des lésions cutanées et muqueuses, on peut admettre qu'il correspond à une syphilis secondaire de l'adulte.

Mais pour tous les autres et ils constituent une forte majorité, il faut, soit admettre qu'ils naissent avec une syphilis secondaire latente ou une syphilis tertiaire (ou même une syphilis quarternaire ! si l'on accepte l'expression, appliquée à la neurosyphilis latente, soit que la maladie se soit atténuée spontanément, soit que les parents ou la mère seulement aient subi un traitement.

D'ailleurs peu importe, il faut faire table rase de ces fumeuses considérations ; la syphilis héréditaire a ses caprices, et retenons que :

Chez l'enfant, toutes les formes de méningites syphilitiques se voient à n'importe quel âge.

Nous n'en voulons pour preuve que les quelques observations que nous apportons. Méningite à forme bacillaire : 5 mois, 4 ans, 6 ans, 8 ans, 9 ans, forme puriforme aseptique : 14 mois, 15 mois, 8 ans, 11 ans, formes localisées : 22 mois, 3 ans, 10 ans, 13 ans ½, formes malignes, 3 mois, 21 mois, 2 ans.

Aucun de ces malades n'avait de stigmates cutanéo-muqueux en évolution et souvent les malades sont en apparence indemnes de toutes tares.

Une observation (de Comby) concerne un nour-

risson atteint de pemphigus et de pseudo paralysie de Parrot, le père est un syphilitique avéré.

On fit une série de frictions quotidiennes à l'onguent napolitain, la guérison fut rapidement obtenue.

Quelques mois plus tard, l'auteur est appelé auprès de l'enfant qui présentait un tableau de méningite tuberculeuse : phase prodromique de quelques jours puis vomissements, constipation, raideur de la nuque et enfin alternatives de convulsions et de somnolence comateuse.

Grâce aux frictions mercurielles, guérison.

Ici donc, la méningite est fort éloignée, dans le temps, des accidents cutanéo muqueux.

Nous donnerons dans chaque forme clinique, dans les pages qui suivent, des observations d'adulte qui peuvent présenter un intérêt comparatif.

Fréquence

Les manifestations nerveuses de l'hérédo-syphilis sont extrêmement fréquentes, citons les chiffres que White et Veeder donnent : sur 443 cas d'hérédo syphilis dans 17, 8 % des cas existaient des signes cliniques d'atteinte nerveuse et le liquide céphalo-rachidien examiné dans 206 cas, montrait 61 B. W. positifs.

Certes les affections nerveuses sont très polymorphes et on rencontre surtout l'hydrocéphalie, les convulsions, l'épilepsie, les troubles mentaux, les troubles oculaires. Parmi celles-ci ajoutons les syndromes méningés, qui, fait curieux, ne semblent pas avoir une fréquence en rapport avec celle des autres accidents nerveux.

Hutinel avait insisté sur la rareté de ces méningites hérédo-syphilitiques. Surtout il avait mis en valeur la fragilité spéciale des enveloppes méningées de l'hérédo syphilitique, cette méiopragie méningée qui les rendrait plus sensibles et plus fréquemment attaquées par les germes et virus neuro et méningotropes.

Nobécourt affirma, à plusieurs reprises, que la méningite hérédo-syphilitique était rare et qu'elle s'observait surtout dans les premières semaines de la vie.

Comby exprime la même opinion.

Apert ne parle pas de sa fréquence.

Variot montra la fréquence des convulsions mortelles dues à l'hérédo-syphilis et la difficulté de distinguer les formes bacillaires et spirochétiques de la méningite, ce qui rend difficile l'appréciation de la fréquence de la méningite syphilitique.

Leredde, en 1923, s'éleva contre ces affirmations, il laissa entrevoir le polymorphisme de l'affection et apporta sur la fréquence, des arguments troublants. Nous citons ses paroles, car elles mettent en lumière l'évolution des idées à ce sujet jusqu'à l'époque de sa communication du 13.xii.1923 à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie.

« Suivant Fournier, un enfant né de parents syphilitiques et qui n'a pas d'accidents spécifiques est un enfant sain. Un enfant qui présente des stigmates dystrophiques, sans accidents spécifiques n'est pas infecté, c'est un *para hérédo syphilitique ;* des héréditaires de 2ème génération, de même sont atteints d'accidents d'origine mais *non de nature* syphilitique.

« En pratique, le diagnostic de l'infection congénitale se réduit à la recherche des accidents spécifiques. Il est inutile d'autre part de traiter des enfants nés de parents syphilitiques qui n'en présentent pas à la 1ère génération et aux suivantes.

Or, il existe une infection latente, congénitale, parfois virulente, très souvent atténuée (crypto S.) sans signes cliniques, sans signes de valeur spécifi-

que, qui se rencontre normalement chez tous les enfants nés de femmes syphilitiques, quelle que soit leur état de santé apparente, chez ceux qui présentent des stigmates distrophiques et chez les autres.

« Cette crypto-syphilis est d'une fréquence invraisemblable.

« Les morts dues à la syphilis de l'enfant, ignorées des statistiques officielles sont attribuées par celles-ci à des causes multiples dont les principales sont la gastro-entérite, la débilité congénitale, la méningite et les convulsions.

« Puis il cite l'observation de 152 femmes syphilitiques ayant mis au monde 506 enfants, dont 145 meurent en bas âge, et, dans 40 cas, la mère invoquait méningite ou convulsions. Leredde en déduit l'extraordinaire fréquence de la méningite syphilitique et non pas la méningite latente connue de tous, mais la méningite subaiguë mortelle, analogue à la méningite tuberculeuse.

« Chez les syphilitiques acquis, l'infection méningée est constante au début de l'infection et il en est à peu près certainement de même chez les héréditaires, nouvel argument sur la fréquence de celle-ci.

« La méningite tuberculeuse est sans doute responsable de la mort d'un certain nombre d'hérédo, (nous retrouvons là la notion de méiopragie méningée).

« D'après des recherches personnelles, la méningite chez les hérédo-syphilitiques reste fréquente à

la seconde génération ». Il cite 47 observations de femmes hérédo-syphilitiques, avec 146 grossesses, 32 morts à terme ou avant terme, 35 morts en bas âge et 10 fois de méningite ou de convulsions (79 survivants seulement).

Il cite encore l'hérédo-syphilitique dont 3 frères ou sœurs sont morts en bas âge de méningite ; 2 autres hérédo en ont eu chacun deux, morts dans les mêmes conditions.

Les pédiatres attribuent les convulsions à un nombre illimité de causes. Quel est dans tout cela le rôle de la syphilis ? Rien de précis ne ressort de la lecture des différents auteurs.

Bref la méningite hérédo-syphilitique parait une affection rare et qui ne mérite pas les honneurs d'un chapitre spécial dans les livres de pédiatrie. Les convulsions reconnaissent des causes multiples au milieu desquelles la syphilis n'est pas en général mentionée, les formes familiales sont expliquées par l'hérédité neuro-pathologique et Leredde oppose à cela que :

1) le nombre extraordinaire de morts attribué à la « méningite » et aux convulsions dans les familles syphilitiques démontre l'extrême fréquence des méningites spirochétiques de l'enfant qui deviennent, dans un nombre inconnu de cas, des méningites tuberculeuses.

2) Tous les cas de convulsions (quelle que soit leur cause apparente)et de méningite chez l'enfant doivent être présumés syphilitiques et obligent à

une enquête étiologique complète chez l'enfant, ses parents, ses frères et sœurs, ses grands parents même (1).

3) Les symptômes de la méningite syphilitique étant identiques à ceux de la méningite tuberculeuse, le diagnostic de celle-ci ne peut être porté qu'après recherche des bacilles dans le liquide céphalo-rachidien. En l'absence d'examen du liquide, un traitement d'épreuve est toujours nécessaire et doit être toujours rigoureux, comme tout traitement d'épreuve.

4) La prophylaxie de la méningite tuberculeuse qui tue chaque année en France plusieurs milliers d'enfants exigent non seulement l'application des mesures destinées à prévenir l'infection bacillaire chez ceux-ci, mais la recherche et le traitement de tous les cas de syphilis congénitale, le traitement devant être mené de manière à obtenir la stérilisation de l'infection syphilitique.

Aux arguments de Leredde, on peut opposer que les diagnostics de méningites et de convulsions invoqués sont des diagnostics de statistiques officielles, et que par conséquent on ne peut pas d'une façon absolue, se fier à leur véracité. (2)

---

(1). — La lecture de la thèse de Simone Laurent, thèse faite dans le Service du Docteur Grenet, n'apporte pas d'observation de méningite syphilitique au-delà de la première génération : elle démontre tout de même la persistance ou la reprise de la virulence du tréponème en 2me et 3me génération.

(2). — Si l'on admet que la statistique est une forme du mensonge.

D'autre part, quel est le praticien qui demande systématiquement un B. W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien d'enfant atteint de convulsions ? A plus forte raison le demandera-t-il chez les parents et grands-parents ?

D'autre part encore, la méningite hérédo-syphilitique nous parait polymorphe, cliniquement et l'hérédo-syphilitique peut faire une méningite de n'importe quelle origine en dehors de la syphilis. Il y serait même plus prédisposé que les autres enfants !

Il n'en reste pas moins que l'on demeure troublé par les arguments de Leredde.

Mais les auteurs au cours de ces dix dernières années sont revenus à la charge contre les affirmations de Leredde (Lesné & Boquien, Lesné & Boutelier, Debre et son école, J. Hutinel & Mme Linossier Ardoin, etc...).

E. Lesné et A. Boutelier donnent dans leur plaquette sur la syphilis héréditaire larvée (*pratique médicale illustrie*, 1931) une opinion fort pondérée.

Les réactions méningées sont fréquentes chez les hérédo-syphilitiques présentant des manifestations cutanées, mais il est inadmissible qu'on attribue à l'hérédo-syphilis les réactions méningées si communes chez l'enfant et qui apparaissent à l'occasion d'une affection pulmonaire aiguë, d'une entérite, des oreillons, d'une encéphalite ou d'une poliomyélite latente, etc...

D'autre part, sans nier la possibilité des méningites subaiguës d'origine hérédo-syphilitique, elles constituent l'exception à opposer à la fréquence des méningites tuberculeuses, au cours de la 2ème enfance.

Tout de même, en présence de convulsions chez un nourrisson de moins de 4 mois, *il faut toujours penser à l'hérédo-syphilis :* « l'influence du traitement en fera souvent la preuve. A partir du 5ème mois, les convulsions relèvent de la spasmophilie ».

Comme la méningite subaiguë du nourrisson se manifeste très souvent par des convulsions (en dehors des formes à symptomatologie gastro-intestinales, des formes cachectisantes et des formes hydrocéphaliques), on voit l'intérêt de pratiquer en pareil cas une ponction lombaire.

A ce moment, sans doute, les méningites syphilitiques apparaîtront plus fréquentes.

La méningite tuberculeuse est, chez l'enfant, plus fréquente que la méningite syphilitique. Elle est peu fréquente avant un an. Certes, dans presque tous les cas, on peut retrouver le B. K. par l'examen très consciencieux du culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien, et l'inoculation au cobaye et même allant plus loin, rappelons-nous les formes inapparentes du B. K., l'ultra virus que l'on finit seulement par retrouver après l'inoculation de plusieurs cobayes, pas de chancre d'inoculation ni de lésion caséeuse : le B. K est retrouvé dans certains groupes ganglionnaires hypertrophiés — Barbier B.M.S.M.H.P. - 21 Mars 1930.

Les méningites proprement syphilitiques sont très rares, affirme Debré, et l'erreur de Leredde aurait été de rattacher à la syphilis un grand nombre d'épisodes méningés de nature indéterminée. Il faut se mettre en garde contre cette interprétation ; *il y a beaucoup d'encéphalites dûes à des virus encore inconnus et qui donnent lieu à des syndromes méningés.*

La guérison d'un de ces syndromes sous l'influence de quelques injections ou frictions antisyphilitiques n'exclut pas la possibilité d'une encéphalite guérissant spontanément.

Comby et Marfan la considèrent également après de nombreuses années de pratique hospitalière comme exceptionnelle.

Relevons également l'opinion de José Symono qui s'élève contre ceux qui considèrent comme fréquente la méningite syphilitique dans l'enfance. Il cite la statistique de Nasso qui, à Naples, sur 3.665 nourrissons malades, a constaté une fois sur 1.000 la méningite syphilitique. Pour lui, en faisant toutefois abstraction des états convulsifs chez les nourrissons syphilitiques dont le liquide céphalo-rachidien a des réactions légères ou nulles, il ne l'a rencontré qu'une seule fois.

Roch, de Genève, trouve rares aussi les cas certains de méningites hérédo-syphilitiques. Il parle aussi de méiopragie méningée, qui lui semble certaine.

En somme la méningite hérédo-syphilitique est considérée comme rare et il est curieux de cons-

tater qu'il faut y penser toujours pour s'attendre à la trouver rarement. L'intérêt de son diagnostic est indiscutable puisqu'il comporte une thérapeutique active, transformant le pronostic souvent redoutable de l'affection.

Dans les chapitres qui vont suivre, nous avons groupé un certain nombre d'observations d'adultes et d'enfants, qui ont entre elles une certaine ressemblance.

C'est ainsi que nous trouverons :

1. — La forme simulant la méningite tuberculeuse classique, et les autres méningites lymphocytaires.
2. — Les formes malignes.
3. — Les formes mentales.
4. — Les formes très tardives.
5. — Les formes localisées, où figure notre observation.

Forme simulant la Méningite Tuberculeuse classique

C'est certainement la forme qui fit le plus couler d'encre. C'est Fournier qui, le premier sans doute, reconnut son existence et préconisa le traitement antispécifique systématique dans les méningites tuberculeuses. Or, à son époque, il n'avait pas à sa disposition les éléments cytologiques, bactériologiques et sérologiques permettant d'affirmer la nature syphilitique ou tuberculeuse d'une méningite. Deux raisons imposent encore aujourd'hui comme autrefois ce traitement :

d'abord, on hésite, en l'absence, bien entendu, de la constatation de bacille de Koch dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien, à porter un diagnostic qui équivaut pratiquement à un arrêt de mort et si par hasard il s'agit de méningite syphilitique, c'est le seul moyen de sauver l'enfant ou d'éviter de graves séquelles.

ensuite, le traitement spécifique ne saurait changer en rien l'issue fatale d'une méningite tuberculeuse, le cours d'une méningite aiguë lymphocytaire, quelle qu'en soit l'origine, en dehors de la

lués. Nous ajouterons à ces considérations classiques quelques réflexions qui, au surplus, ne sont pas très nouvelles.

Le traitement proposé se résume le plus souvent à quelques frictions mercurielles, ou quelques suppositoires antiluétiques. Il est indéniable que dans quelques cas, il est suffisant. Mais il est permis de penser qu'une syphilis, suffisamment virulente pour s'attaquer aux méninges et à l'encéphale, est ainsi bien légèrement traitée, et qu'il faut au moins associer au mercure des doses d'emblée importantes de sulfarsénol, ou encore associer le bismuth ou l'iodure de potassium.

Si l'on veut agir avec efficacité, il ne faut pas de demi-mesures timorées, il faut, le bon sens le commande, frapper fort d'emblée. Si dans quelques cas la méningite guérit sans laisser de traces, il semble au contraire que des séquelles puissent persister qui se traduisent par un retard psychomoteur important. N'oublions pas que l'existence de *formes malignes* semble indiscutable, qu'il y a des *formes graves* qui ne cèderont qu'à un *traitement intensif*. Un auteur argentin en donne une belle illustration, (voir forme puriforme).

Ajoutons que, dans les méningites tuberculeuses survenant chez des hérédo-syphilitiques, le traitement antispécifique a paru modifier les symptômes vers une amélioration et peut-être même provoquer une phase de rémission plus ou moins prolongée.

L'observation IV de la thèse de Lavergne semble en être la démonstration :

Méningite tuberculeuse avec rémission de cinq mois :

Suzanne, 7 ans et demi, mère décédée de méningite tuberculeuse un mois auparavant.

Antécédents personnels : enfant unique née à terme, nourrie au biberon ; 1ère dent à 7 mois ; 1er pas à un an. Sujette aux bronchites. Histoire de la maladie : le 24 juin, début brusque par une fièvre à 39° ; vomissements, céphalées, léger Kernig, légère raideur de la nuque.

P.L. : L.C.R. non hypertendu, légèrement trouble, sans hypperalbuminose. Lymphocytose très forte, pas de poly, quelques grands mononucléaires.

Huit jours après : l'enfant dort bien, mange bien, ne se plaint pas.

P.L. : L.C.R. avec les mêmes caractères, le B. W. est faiblement positif. La persistance de la très forte lymphocytose prouve qu'il ne s'agit pas d'un état méningé aigu bénin.

On prescrit un traitement hydrargyrique.

En Août, malaise passager : vomissement et céphalée.

En Octobre elle est bien portante et mange bien.

En Novembre, malgré la reprise du traitement mercuriel intensif et novarsenical, reprise de l'état méningé, et mort en 2 semaines, dans un tableau de méningite tuberculeuse typique.

Au maximum, pourquoi ne pas admettre la possibilité d'une guérison du processus tuberculeux, éventualité d'une singulière rareté, certes, mais dont l'observation suivante permet d'accepter l'hypothèse ?

Il s'agit d'un nègre de 29 ans, syphilitique (chancre 8 ans auparavant, insuffisamment traité) qui présenta brusquement un syndrome méningé aigu fébrile avec liquide céphalo rachidien purulent (1,200 leucocytes, 44 % de lympho).

Le Wassermann est fortement positif dans le sang, et dans le liquide céphalo rachidien, présence de bacilles de Koch dans le culot de centrifugation.

Le traitement spécifique (iodure de sodium en intra-veineuses et frictions mercurielles) amène une surprenante amélioration, (éclaircissement rapide du liquide) qui devient bientôt une guérison (Méningite tuberculeuse avec méningite syphilitique terminée par la guérison, David W. Kræmer et B. B. Stein., *Philadelphie,* Oct. 1931).

Ainsi les deux affections peuvent être associées. Nous l'avons vu chez l'adulte : ce peut l'être chez l'enfant et, là, en effet, ce semblerait plus fréquent.

A ce propos, l'hérédo-syphilitique fait-il *plus que les autres enfants des méningites bacillaires ?* Les différents auteurs ont rompu des lances. Hutinel, Merklen, Marfan, font état de cette méiopragie méningée de l'Hérédo-syphilitique qui rendrait plus fréquente la méningite tuberculeuse chez l'hérédo.

« Après deux ans, chez l'enfant hérédo-syphilitique comme chez l'adulte syphilitique tertiaire, on voit moins de méningites aiguës proprement dites que de réveil d'une affection ancienne, latente et méconnue, ou que de réactions méningées, provoquées par l'action sur les centres nerveux antérieurement touchés d'infections aiguës banales ou nettement différenciées. Roch, de Genève, au Congrès de Médecine de 1936 dit que l'atteinte des méninges par la syphilis, secondaire, tertiaire ou héréditaire, constitue une *prédisposition réelle à des inflammations méningées d'autre nature.*

Les lésions dues au tréponème quoique souvent latentes, constituent un point d'appel pour d'autres agents pathogènes, virus ou microbes divers, de même que les lésions valvulaires rhumatismales ou luétiques attirent en quelque sorte et fixent les streptocoques de l'endocardite maligne.

Jean Hutinel et Alice Linossier-Ardouin, (Hérédo-syphilis clinique et thérapeutique) restent dans la tradition. Même si l'atteinte a semblé superficielle, le cerveau et la moelle tout comme les autres organes, seront en état de « méiopragie ».

Ces auteurs considèrent les méningites tardives comme exceptionnelles. Après l'âge de deux ans, on n'observe plus de méningite véritable. Celles-ci sont remplacées par des réactions méningées épisodiques, des états méningés comme les définissait Widal. Les accidents se produisent chez des enfants porteurs de lésions cérébrales de nature spécifique, chez les idiots, hémiplégiques ou diplégiques, dans

les scléroses encéphaliques, les hydrocéphales, les arriérés qui, pour la plupart, sont hérédo-syphilitiques. Ce sont des états méningés qui surviennent à l'occasion d'une infection intercurrente.

Toutefois, ces épisodes méningés peuvent sembler primitifs et si leur évolution est subaiguë, l'analogie avec la méningite tuberculeuse peut être frappante.

Nous ne saurions adopter en tous points pareilles opinions.

La « méiopragie méningée » n'est pas absolument démontrée et les statistiques invoquées n'emportent pas la conviction : Hutinel et Merklen, sur cent cas de méningite tuberculeuse ont trouvé onze fois l'hérédo-syphilis et croient ce chiffre au-dessous de la réalité. Mercier des Rochettes, Nobecourt ne pensent pas, au contraire, que l'hérédo-syphilis crée une prédisposition à la méningite tuberculeuse. Celle-ci frappe « au hasard » et pas plus souvent les hérédo-syphilitiques que les autres enfants.

On a voulu donner des caractères cliniques différentiels entre méningite tuberculeuse et méningite syphilitique[1]. Les principaux symptômes demeurent les mêmes ; on est frappé, chez les hérédo-syphilitiques, de la prédominance des troubles moteurs : fréquence des convulsions et des paralysies précoces. Les modifications du pouls, de la res-

(1). — Il faut avouer que ces différences sont plutôt les nuances et bien des auteurs rapportent des cas authentiques de méningite syphilique qui simulent à s'y méprendre la méningite bacillaire.

piration, des troubles vaso-moteurs semblent souvent moins accentuées. Les troubles oculaires sont peu nets, la température est normale ou, au contraire, la fièvre est exagérée.

Hutinel invoquait des arguments anatomiques pour les expliquer. Les lésions anatomiques sont rarement semblables, pie-mère et arachnoïdes n'ont pas les mêmes réactions, les exsudats séro-purulents et fibrineux à la base du cerveau, les altérations du cortex, les vastes ramollissements des centres blancs pour la tuberculose, alors que les lésions imputables à la syphilis sont plus légères, plus discrètes, plus cantonnées, souvent même elles sont à peine visibles. Elles sont à prédominance moins nettement basilaires que dans la tuberculose.

Dans beaucoup de cas, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont le seul indice d'une irritation méningée.

Les résultats de l'examen cytologique se rapprochent à un certain point de la pie mérite bacillaire.

Mais il existe quelques différences ; si les lymphocytes dominent de part et d'autre, dans la syphilis les grands mononucléaires sont nettement plus nombreux, et même les polynucléaires. Cette formule est sujette à des variations plus fréquentes et plus rapides.

D'autre part, la composition chimique est moins profondément modifiée. Le dosage des chlorures constituerait un moyen de présomption.

méningite tuberculeuse $\leqslant$ 6 gr. 50.
méningite syphilitique $\geqslant$ 7 gr.

Rien n'illustre mieux la difficulté de diagnostic que le cas présenté à la Société de Pédiatrie de Paris par le Professeur Debre, en 1936.

« Chez un enfant de 9 ans, une méningite subaiguë s'installe et l'aspect clinique, l'évolution est bien celle décrite classiquement pour la méningite tuberculeuse ; rien n'y manque : la période prodromique avec ses troubles digestifs, ses troubles du caractère, la céphalée et l'amaigrissement. Puis se précise le syndrome méningé, céphalée, vomissements et constipation opiniâtre, avec photophobie, hostilité, raideur de la nuque et signe de Kernig.

Aucun trouble paralytique, pas de signes oculaires.

Liquide céphalo-rachidien : 390 éléments, surtout lymphocytes, pas de B.K.

Devant le tableau clinique, le diagnostic de méningite tuberculeuse s'impose, mais pourquoi rejeter le diagnostic de méningo-encéphalite syphilitique ? Diagnostic d'exception, certes, mais soulevé par les caractères du liquide céphalo-rachidien.

Aussi, d'emblée, prescrit-on du bi-iodure, 1/2 cgr. par 24 h. Aucun stigmate de syphilis, mais syphilis paternelle et maternelle.

Malgré le traitement, aggravation.

P.L. : 1100 éléments (lympho).

0,75 d'albumine.

Le benjoin flocule dans la zone syphilitique.

Pas de B.K.

Le B. W. et le Kahn sont positifs.

Dans le sang, le Kahn est positif.

Puis survint une phase de rémission (peut-être le traitement spécifique n'est-il pas étranger à son apparition ?).

P.L. pas de modifications.

Puis phase terminale et mort, après que les réactions de B. W. et de Kahn se sont négativés. Recherche du B.K. dans le culot de centrifugation, toujours négative. La tuberculose ne fut prouvée que par culture sur Loewenstein et inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur pense que toutes les apparences (syphilis maternelle certaine avec B.W + pendant la grossesse, réactions biologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien et partiellement + dans le sang de l'enfant) plaidaient pour la méningite hérédo-syphilitique.

Cependant, elle se révéla méningite tuberculeuse par l'inoculation et la culture.

L'absence apparente du B. K. dans le culot de centrifugation ne peut faire éliminer le diagnostic de tuberculose ; il faut donc exiger, dans ce cas, l'inoculation au cobaye et l'ensemencement sur milieu de Loewenstein.

Rappelons encore qu'il existe quelquefois des formes « ultra-virus » du B.K., qui sont seulement retrouvées par l'inoculation au cobaye, et que ces inoculations ne déterminent pas de « chancre » ni de lésions caséeuses, mais des adénopathies où l'on retrouve des cellules géantes et du B.K.

On a donné des signes de présomption dans les caractères chimiques du L.C.R. Dans la méningite tuberculeuse, il y a abaissement du taux des chlorures dont le chiffre oscille entre 5 grs et 6,50, de même que l'abaissement du taux du glucose est très rapide, et important, tombant au-dessous de 0,40. Ce ne sont tout de même que des présomptions.

Donc, règle pratique, tant que le bacille de Koch n'est pas retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien, il faut demander un B.W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, faire une enquête chez les parents et les grands-parents et instituer un traitement anti-spécifique précoce et intensif.

Voici quelques observations de méningite hérédo-syphilitique à forme de méningite tuberculeuse.

En 1935, le Professeur Debre présentait à la Société de Pédiatrie de Paris un cas de méningite hérédo-syphilitique subaiguë ; il s'agissait d'un enfant qui fut suivi cinq mois à l'Hôpital Herold :

Enfant de 6 mois, née à terme pesant 2 k. 800.

Père et mère sont bien portants.

L'enfant s'élève facilement les premiers mois de la vie puis survient une constipation opiniâtre et, depuis quelques jours avant son entrée à l'hôpital, un état fébrile, 38°, de l'anorexie et, pendant le sommeil, quelques soubresauts. Il y a des vomissements, parfois longtemps après l'absorption du biberon.

L'examen montre une enfant bien développée, 4 k. 210, grosse rate ; constipation et anorexie : apparition deux jours après son entrée de somnolence, en même temps que d'un crochet thermique à 38° 8.

A ce moment, la tête est projetée en arrière ; il existe de la raideur de la nuque et un signe de Kernig ; la fontanelle saillit sans être très tendue, il y a des troubles vaso-moteurs, pas d'irrégularités du pouls ni de la respiration ; la cuti est négative.

Ponction lombaire : liquide hypertendu clair et transparent, sans être eau de roche.

1.040 éléments, presqu'uniquement des lymphos, quelques rares poly. Albumine 1,12 gr. mesuré au tube de Sicart. Glucose 0,45 %.

Malgré la cuti négative, on pense à une méningite tuberculeuse et la grosseur de la rate semble être un argument de plus en faveur de cette hypothèse. Mais l'énorme lymphocytose dépasse les chiffres habituels de la méningite tuberculeuse et on évoque le diagnostic d'encéphalite du nourrisson. Par principe, frictions mercurielles, bien qu'aucun signe ne permette de se rattacher à la syphilis congénitale. Il y eut une amélioration légère, la cuti

et l'intra-dermo restèrent négatives, la radio des poumons fut normale, l'examen O.R.L. ne montra rien.

Une nouvelle ponction lombaire ramène un liquide toujours clair, avec 1.088 éléments, en majorité des lympho, quelques poly, quelques cellules mononucléées rappelant les cellules endothéliales. Glucose 0,47, chlorures 6,70. Pas de germes, pas de B.K.

La mère reconnut, au cours d'un interrogatoire, que pendant sa grossesse, elle avait eu un Wassermann fortement positif, son mari aussi; ils n'en ont tenu aucun compte, car ils n'éprouvaient aucun trouble, et ils n'eurent aucun traitement.

L'enfant ne présente aucun stigmate cutané ou osseux. Elle fit une poussée thermique à 39,6, avec pouls incomptable, fontanelle très tendue, quelques vomissements, mais l'état général resta assez bon. Il y a un léger nystagmus horizontal et la recherche du signe de Chwosteck provoque des contractions généralisées, l'hyperexcitabilité motrice étant considérable. Toux quinteuse, mais nouvelle cuti et nouvelle radio restent négatives.

En revanche, le Wassermann dans le sang de la mère, ainsi que le Kahn (standard et présomption) est positif, de même dans le L.C.R. de l'enfant.

Il n'y a pas de modification du fond d'œil.

Le diagnostic le plus probable étant celui de méningite syphilitique, un traitement plus actif est institué par le biodure de mercure et le bismuth.

Ce n'est qu'après trois mois et demi de traitement que la lymphocytose rachidienne atteint des chiffres normaux ou voisins de la normale, 2 à 3 au mmc., que la quantité d'albumine diminue à 0,40, que les réactions sérologiques Wassermann et Kahn deviennent négatives.

Après un séjour de cinq mois dans le service, l'enfant sort guérie de sa méningite H.S., mais elle conserve un retard psychomoteur important, qui ne s'atténue que très lentement.

Au cours de la discussion qui suivit l'exposé de cette observation, le Professeur Debré insista sur le fait que si, dans quelques cas, la méningite S. guérit sans laisser de traces, il semble pourtant que des séquelles puissent persister, qui se traduisent par un retard psychomoteur.

M. Marquezy rapporta à la même séance, un cas de M. H.S. chez un enfant de 21 mois. Toutes les réactions habituelles du L.C.R. ont été positives, alors que les épreuves tuberculiniques restaient constamment négatives.

L'évolution se fit en deux phases : une longue phase prodromique avec troubles du caractère et troubles digestifs, puis chute brusque dans le coma avec tous les signes cliniques de méningite tuberculeuse, et malgré un traitement mercuriel, bismuthique et au sulfar, la mort survint en six jours.

Grand'mère maternelle syphilitique. Ensemencement en Loewenstein demeuré négatif.

Bien d'autres cas de méningite hérédo-syphilitique sont rapportés dans la littérature, qui reproduisent à quelques variantes près ces observations. Hutinel, dans sa leçon publiée en 1918, en donne plusieurs exemples.

Une fillette de 2 ans, dont la mère est syphilitique traitée à St-Lazare, entre dans son service pour convulsions et un état fébrile qui dure depuis trois jours.

Examen : Un enfant maigre, à peau sèche gardant le pli, au ventre rétracté, selles grumeleuses et fétides. Syndrome méningé, avec signe de Kernig et raideur de la nuque, pupilles dilatées, respiration irrégulière avec pauses, pouls inégal. Les convulsions sont subintrantes.

La ponction lombaire ramène un liquide clair, 12 à 15 leucocytes par champ dont 8 à 10 lympho pour 4 à 5 monocytes, 2 gr. d'albumine, 0,20 d'urée.

La cuti est négative et on pense alors à une réaction méningée chez une hérédo-syphilitique, sans présumer sa nature.

Traitement par frictions mercurielles.

4 jours après, la température oscille autour de 38° 8, le signe de Kernig est moins prononcé, la nuque plus souple, le liquide céphalo-rachidien est presque normal : 0,10 d'albumine, 8,5 de chlorures, lymphocytose légère, pas de B. K. et l'inoculation au cobaye restera négative.

2 jours plus tard, nouvelle poussée méningitique, le Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien .

Enfin survint une amélioration progressive qui s'accentuera.

Le Wassermann est positif au second examen.

Trois autres cas sont rapportés qui ont des symptômes analogues, avec fortes poussées thermiques, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ne dépassant pas 50, une albuminose autour de 2 gr.

Résumons encore l'observation suivante :

Fillette de 3 ans et demi qui est amenée par ses parents pour céphalées. Les parents se disent bien portants, la mère avoue pourtant une fausse couche.

Cette enfant est née à terme, 4000, au sein pendant 5 mois.

N'a pas eu de maladie, sauf une rougeole quelques mois auparavant. 12 jours avant son entrée, à la suite de troubles digestifs, elle a commencé de se plaindre de la tête.

Depuis 4 jours elle était dans un état comateux et à l'examen : Syndrome méningé, signe de Kernig, raideur de la nuque, strabisme, pouls inégal et respiration irrégulière, ventre déprimé et raie méningitique, hémiparésie et exagération des réflexes

du côté droit. Le crâne est volumineux, la fontanelle encore ouverte, les dents sont petites, légères déformations rachitiques des membres, la température est normale. On pense à une méningite tuberculeuse, mais la ponction lombaire ramène un liquide clair où on ne trouve pas d'hyperalbuminose, ces éléments y sont assez peu nombreux, (lymphocytes, quelques rares polynucléaires et quelques monocytes).

Cette formule histologique fit réserver le diagnostic, une lésion bacillaire paraissant cependant très probable. Un traitement mercuriel fut institué, consistant d'abord en frictions puis en injections intra-musculaires de benzoate de mercure et la malade a guéri complètement. Le nombre des leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien tomba de 49 à 37, puis à 2,6 en 12 jours et les symptômes inquiétants disparurent progressivement.

La marche des accidents, les caractères du liquide fourni par la ponction lombaire, l'absence de fièvre, le résultat du traitement plaidaient en faveur de la méningite syphilitique, la réaction de Wassermann fut négative à trois reprises, et ce n'est que la quatrième fois qu'elle fut nettement démonstrative.

Citons encore l'observation XXIV de la thèse de Bounhoure, concernant une enfant de 12 mois (Père syphilitique traité dans le cours de l'année précédente. Mère contaminée par son mari et traitée, un

frère, né à terme, vivant a eu des convulsions, a des céphalées très fréquentes, strabisme interne œil gauche, pupilles dilatées réagissant faiblement à la lumière).

L'enfant présentée est née à 8 mois, a eu pemphigus et ophtalmie.

Est nourrie au biberon ; depuis 10 jours ne s'alimente pas, agitation et pleurs nocturnes, constipation opiniâtre.

Puis brusquement, l'enfant vomit, elle devient « raide ».

A son entrée à l'hôpital : syndrome méningé typique ; signe de Kernig et raideur de la nuque ; pupilles dilatées réagissant bien à la lumière ; pas de strabisme ; pas de lésion cutanéo-muqueuse.

Les réflexes tendineux, principalement aux membres inférieurs sont vifs. Pas de signe de Babinski.

L'état général est grave, fièvre à 40, tachycardie, vomissements fréquents.

A noter splénomégalie très nette.

La ponction lombaire ramène un liquide clair, hypertendu : albumine 0,30 ; Cellules 30 (lympho) ; Wassermann fortement positif ; Hypoglycorrachie; Chlorures 7,3.

Examen du culot : pas de germe, pas de B. K.

Dans le sang, le Wassermann est positif.

Traitement : Sulfar et frictions mercurielles ; amélioration manifeste, la température tombe à 38°.

Ponction lombaire : 10 jours après ; albumine 0,10; Cellules 3 (lympho) ; Wassermann : négatif.

Le traitement intensif est suivi de guérison complète les jours suivants.

L'observation xxv concerne un garçon de 28 mois — pas de renseignement sur les antécédents.

Après quelques jours où l'enfant a de la fièvre : 38 - 38° 5 et vomit, apparition progressive d'un syndrome méningé typique, accompagné de mydriase de la pupille droite avec aréflexie à la lumière.

La rate est percutable, le foie déborde nettement le gril costal.

La ponction lombaire ramène un liquide clair.

Albumine : 0,25 ; Cellules : 8 (lympho et quelques monocytes). Wassermann fortement positif ; pas de B. K.

Traitement spécifique, frictions mercurielles et sulfarsénol.

En quelques jours l'amélioration est remarquable. 12 jours après : ponction lombaire : albumine : 0,20 ; cellules : 3 ; Wassermann négatif.

Le traitement est prolongé ; l'enfant sort guéri.

En somme, la réalité de la forme pseudo-tuberculeuse de la méningite syphilitique est incontestable :

a) Tantôt elle survient chez un enfant avec stigmates ou antécédents nets ;

b) tantôt elle est soupçonnée par quelque anomalie clinique du syndrome méningé qui fait rechercher, trouver, traiter la luès.

c) tantôt elle est une découverte de laboratoire, on trouve un Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui aiguille l'enquête clinique ;

d) une méningite hérédo-syphilitique peut survenir chez un sujet tuberculeux (cas rare). (*Mallardi,* 1920).

e) inversement une méningite tuberculeuse peut survenir chez un hérédo-syphilitique (cas fréquent).

f) elles restent difficiles à identifier en bien des cas : il faut prouver que l'enfant est un hérédo-syphilitique (syphilis des parents, Wasserman positif dans le sang de l'enfant ou le liquide céphalo-rachidien, chauffé au besoin) et que la méningite subit l'influence du traitement spécifique.

Ce dernier point est bien délicat à mettre en valeur, les méningites lymphocytaires, celles des virus encéphalitiques, ne guérissent-elles pas spontanément ? Elles se révèlent, mais inconstamment par des séquelles particulières, ce qui aide à les identifier.

Le diagnostic de méningite syphilitique est, dans ces cas, le plus souvent un diagnostic hérissé de difficultés, et certaines observations rapportées lais-

sent une incertitude. Mais, tout d'abord, on pense toujours à la méningite tuberculeuse. Voici un cas décrit par M. G. Heuyer et Mlle Bach en 1929.

Chez un enfant de 4 ans, manifestement hérédo-syphilitique, survint un syndrome méningé qui fut étiqueté méningite tuberculeuse à son entrée à l'hôpital.

Ant. Héréd. : mère âgée de 37 ans, bien portante, a 3 enfants, un garçon de 15 ans et une fille de 6 ans avec un gros rachitisme thoracique et un garçon de 4 ans qui est le malade présenté. Père âgé de 37 ans, a fait des accidents oculaires avec cécité brutale qui dura 3 semaines. Le B. W. fut négatif. Mais depuis quelque temps, sont apparus des troubles du caractère, colères subites et idées de suicide.

Ant. Personnels : Né à terme, accouchement normal, poids 4000 ; 1ère dent à 8 mois, parle à 15, marche à 24.

Malformations rachitiques des membres inférieurs. Ni convulsions ni maladies graves.

Histoire de la maladie : Début insidieux, modifications du caractère. L'enfant devient méchant, irritable, perd l'appétit, mais continue à mener une vie sensiblement normale.

8 jours après le début il est somnolent et raide, se plaint de céphalées et a un peu de fièvre.

Examen au 12ème jour : signes méningés, raideur

généralisée, signe de Kernig intense, hyperesthésie cutanée, abolition des réflexes achilléens et rotuliens, céphalée frontale intense *sans* obnubilation. Hostilité à l'examen. Pas de vomissement. Bon état général sans amaigrissement notable.

P.L. : Albumine 0,80 ; 38 lympho au mmc. ; B. W. accentué, tibia en lame de sabre, gros crâne.

Encoches semi-lunaires des incisives médianes.

Le manque d'obnubilation, l'aspect atypique des signes méningés, les stigmates HS., orientent vers le diagnostic de méningite HS.

Un traitement énergique est institué, 12 frictions mercurielles, 9 piqûres de sulfar de 3 à 20 cgrs (réaction thermique à 14).

10 jours après, amélioration nette, la céphalée a disparu, la raideur a diminué, l'enfant peut s'asseoir quelques secondes, sur son lit.

Les réflexes achilléens ont réapparu, mais les rotuliens restent abolis. Une nouvelle P.L. ramène un liquide avec 1,20 d'albumine ; 15 à 20 lympho, pas de B. K.

Puis le réflexe rotulien apparait du côté gauche.

P.L. : 17ème jour après son entrée : 10 lympho ; 1 gr. 10 d'alb.

Le 27ème jour, la série de sulfar est terminée, il n'y a plus de raideur. Mais apparaissent deux symptômes nouveaux, une exagération nette du réflexe achilléen G. et trépidation épileptoide, une para-

lysie des muscles de la loge antéro externe de la jambe du côté droit, sans troubles sensitifs, avec réact. de dégén. — P.L. : 4 lympho et 0,45 d'alb.

45 jours après son entrée, 2ème série de frictions mercurielles, qui doivent être arrêtées pour stomatite. Régression des paralysies. P.L. : 12 lympho et 0,45 d'alb.

Si l'amélioration par le traitement spécifique semble confirmer le diagnostic de méningite HS., il n'en demeure pas moins que l'apparition de paralysies évoquait la poliomélite antérieure aiguë, avec réaction méningée. Mais celle-ci est trop prolongée pour être admise, puisque 6 semaines après son début, persistait une appréciable albuminose avec lymphocytose, et de plus un symptôme net de la série spasmodique n'est pas en faveur de la P.A.N.

Voici une autre observation, qui se rapproche par certains points de la précédente, c'est celle que Pierre Vallery-Radot présenta en 1927 à la société de Pédiatrie de Paris.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans qui, le 15 juillet, a un peu de fièvre. Le 20, il se couche, mal à l'aise, et dort de façon prolongée. Le 21, la température monte à 39° 9, brusquement, avec céphalées violentes, constipation, pas de vomissement (il n'a jamais vomi au cours de sa maladie).

Le 22, la température est à 38° 5, le médecin constate de la raideur de la nuque, du tronc et des membres.

Le 23, l'enfant a encore sa connaissance le matin, température à 38° 5.

P. L. 110 éléments, 90 % de lympho, 10 % de poly altérés, pas de germe et culture stérile.

Le 24, un médecin fait le diagnostic de méningite tuberculeuse ; le soir, l'enfant tombe dans le coma.

Le 26, l'auteur est appelé auprès de l'enfant qui est dans le coma depuis 3 jours, résolution musculaire complète, perte de la sensibilité et de la conscience, incontinence des sphincters, l'enfant perd ses urines et ses matières, température à 37° 8.

L'état général est assez bon, et l'examen absolument négatif, mais l'auteur découvre chez le père une kératite syphilitique ; le père avoue avoir contracté la syphilis en 1913, et soignée par divers traitements (Hg et IK), il a toujours eu des Wassermann négatifs. La mère n'a jamais été traitée.

L'enfant ne présente aucun stigmate HS. Mais dans le L.C.R. le B. W. est fortement positif. La cuti est négative...

Aussi l'auteur prescrit-il un traitement d'attaque, 6 cgrs de sulfar alternant avec 1 cgrs de biiodure et 3 paquets de 5 cgrs de calomel.

Dès le lendemain, amélioration ; le malade ouvre les yeux et remue les jambes. Puis le 28, reprise de

la conscience, il demande à boire. Toujours incontinence sphinctérienne.

Le 29 il joue ; le 30, il n'a plus d'incontinence, mais ptosis de la paupière G, ni diplopie ni nystagmus.

Le 2 Août, la céphalée disparait.

Le 3, P. L. : 3,6 lympho, albumine 0,40 et Wassermann négatif.

Le 4, il se lève, marche, va à la selle. Kernig léger.

Mais il a des phénomènes paralytiques : impotence partielle du M.S. droit et du bras plus que de l'avant-bras.

Le 5 : réflexe rotulien droit exagéré, achilléen diminué. Le Dr. Bourguignon fit un examen électrique. On constate qu'il subsiste une radiculite prédominant dans le domaine de C5C6 à droite, plus légère dans une partie de C8DI et dans C7, C3 et C4 des deux côtés, et dans une partie de L2L3L4 des deux côtés.

Le traitement spécifique est continué avec, pendant les périodes de repos, un traitement opothérapique. Traitement électrique des paralysies.

Certes il y a des antécédents héréditaires et un B. W ++ dans le L.C.R., mais les cas de méningite syphilitique observés guérissent sans paralysies résiduelles et le cas présenté ressemble par ce côté à la poliomyélite à début méningé, et en l'absence de

paralysie on penserait aux méningites lymphocytaires curables, qui ne sont pas rares. L'incertitude demeure, et c'est là un fait courant pour ces méningites, syphilitiques, tuberculeuses ou autres, évoluant sur un terrain hérédo-syphilitique.

Forme type méningite puriforme aseptique ou méningite syphilitique puriforme

Les formes à liquide puriforme aseptique se définissent comme des méningites à liquide louche ou franchement purulent qui contient des polynucléaires en forte proportion.

Non altérés au début, on voit, vers la fin de l'évolution, des formes vieillies, mais qui n'ont pas l'aspect particulier des pyocytes en liquide septique. Signalons, en passant, que les auteurs allemands comprennent dans les méningites puriformes aseptiques, des méningites à liquide céphalo-rachidien *clair,* contenant une majorité de polynucléaires dans la formule, inoculation et cultures restant négatives.

Chez l'enfant, les méningites puriformes aseptiques sont fréquentes et relèvent de diverses étiologies.

Elles sont le plus souvent consécutives à un foyer de voisinage, c'est ce qui explique leur fréquence dans les services d'oto-rhino (otite, mastoïdite, adénoïdite, abcès rétro-pharyngiens, abcès du cerveau enkysté).

On les rencontre encore au cours de la grippe et de la pneumonie (en dehors de toute complication de la pneumonie (en dehors de toute complication otitique ou des voies respiratoires supérieures).

Plus rarement on les signale après l'insolation, au cours d'intoxication par le gaz d'éclairage, au cours de l'ascaridiase. (1)

Il est à remarquer que les réactions méningées des encéphalites, des maladies infectieuses (rougeole, varicelle, rubéole, coqueluche, vaccine), ne sont jamais à liquide puriforme aseptique.

Dans la syphilis acquise de l'adulte, les observations de méningite puriforme aseptique, ont été parmi les premières décrites : Widal et ses élèves y ont attaché leurs noms. (2)

On les voit dans la syphilis secondaire et aussi ont été signalées dans la syphilis tertiaire, précédant la paralysie générale. Lechelle, Weill et Delthil à la S.M.H.P. ont rapporté 2 cas concernant des syphilis secondaires un malade de 22 ans, un de 35 ans), dans ces deux cas on se demandait s'il ne s'agissait pas sur l'allure clinique du syndrome méningé, de méningite tuberculeuse. La ponction lombaire ramena un liquide purulent avec polynucléaires non altérés, abondants et une assez forte proportion de lymphocytes et de monocytes ce qui est digne de remarque.

---

(1). — Chausser, Klinck et P. Gauthier de Genève, revue française de Pédiatrie, Janvier 1927.

(2). — Belin, Bauer S. M. H. Paris, 9-1-1903.
Widal, Lemierre S. M. H. Paris 15-5-1903.
Widal, Lemierre, Boidin, S. M. H. Paris, 22-6-1906.
Ravault, Annales Derm. et Syph. Décembre 1904.
Boidin et Poulard, Soc. d'Oph. 6 Févvrier 1906.
Mosny et Portocalis, S. M. H. P. 31 Mars 1911.
Paillard et Desmoulieres, Soc. Médico-clinique de la XIIIe rég. 20 juin 1918.

Dans l'ensemble, les signes méningés sont nets, facilement décelables et frappent dès l'abord du malade. Ils n'ont pas néanmoins l'acuité des signes des méningites aiguës.

Les signes de lésions parenchymateuses cérébrales ou médullaires sont discrets ou manquent souvent complètement : il ne semble pas qu'un foyer parenchymateux soit nécessaire.

Les signes généraux sont peu accusés, la température ne dépasse guère 38° 5, pas d'altération du faciès ou de l'état général.

Cependant, malgré ces signes rassurants, la nécessité d'un traitement actif et *prolongé malgré son efficacité immédiate* s'impose, car la majorité des auteurs pensent que ces formes sont particulièrement graves. Il semble logique d'admettre en effet, qu'une réaction méningée aussi marquée prédispose pour l'avenir, ces malades, aux accidents ultérieurs de la syphilis nerveuse. Ce sont donc des sujets qu'il faut suivre pendant des mois et des années, et il faut les traiter longtemps, suivre par l'étude du L.C.R. et les signes cliniques, l'efficacité de la thérapeutique.

Les signes méningés cliniques peuvent être très intenses et sur ces signes cliniques et les caractères microscopiques du L.C.R. on peut croire à une méningite cérébro-spinale. Ceci avait son importance il y a quelques années lorsque la sérothérapie était la seule arme à opposer au méningocoque. A l'heure actuelle, avec le fléchissement de l'efficacité du sérum antiméningococcique et son abandon, l'appa-

rition de la chimiothérapie sulfamidée pratiquée par tous, on ne court plus le risque de réactions sériques.

Chez l'enfant, les méningites puriformes aseptiques hérédo-syphilitiques se rencontrent en clinique comme en témoignent quelques observations.

Citons deux observations tirées de la thèse de Lavergne et qui semblent bien se rapporter à ces cas (xi et xii). Elles sont intitulées « *méningites cérébro spinales probables simulant un état méningé à liquide puriforme aseptique* ».

Lucien, 9 ans, a été pris deux jours avant son entrée à l'hôpital de frissons et de fièvre au retour de l'école, avec céphalée et courbatures généralisées. Dans la nuit, il vomit. Constipation.

Antécédents héréditaires : rien à signaler ;

Antécédents personnels : nè à terme, 4, 125.

Allaitement artificiel bien toléré ;

Marche à 17 mois, pas d'autre maladie qu'une rougeole. Il présente depuis un an des adénites cervicales qui n'ont pas suppuré.

Le 26 Janvier, il entre à l'hôpital. Examen : syndrome méningé signe de Kernig, raideur de la nuque), pas de strabisme ni d'égalité pupillaire, regard étrange et un peu fixe. Le pouls est lent, irrégulier, bien frappé, à pulsations nettement détachées. Pas d'hyperesthésie cutanée. Raie vasomotrice nette. Respiration suspirieuse.

Ponction lombaire : L.C.R. hypertendu purulent, à polynucléaires très abondants, en grande partie intacts et grandes cellules macrophagiques. Pas de microbes, les ensemencements sur bouillon et gélose-ascite sont négatifs.

On pratique une injection intra-rachidienne de sérum antiméningococcique.

Le 27 Janvier : Liquide moins trouble, polynucléaires intacts en forte proportion. Grosses cellules — pas de microbes — 2ème injection de 40 cc. de sérum.

Le 28, le B. W. avec le L.C.R. centrifugé, est fortement positif.

Le 30, guérison clinique complète.

Le 3 Février, le L.C.R. est devenu normal.

On ne peut conclure, l'observation étant incomplète : méningite hérédo-syphilitique ? méningite puriforme aseptique où le L.C.R. a eu passagèrement un B.W. positif ? ou chez un hérédo-syphilitique méconnu, méningite C.S. ?

L'autre observation porte le même titre :

Léon, 15 mois, depuis 2 jours présente des vomissements avec constipation, des convulsions et des somnolences.

Rien d'anormal dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Le 7 Avril, entre à l'hôpital : Syndrome méningé peu marqué : ébauche de Kernig, surtout 1/2 coma avec convulsions — la température est à 41.

La ponction lombaire ramène un L.C.R. fortement hypertendu limpide, mais de coloration légèrement jaunâtre contenant une très forte quantité d'albumine. Rares lymphos et quelques polynucléaires ; le 8 Avril, même état clinique, mais la ponction lombaire donne issue à un L.C.R. franchement trouble à polynucléaires, dont la majorité est intacte. Pas de microbe. Ensemencement négatif. Le B. W. est franchement positif.

(Les mêmes remarques sont à faire que dans l'observation précédente).

L'observation suivante a été présentée à la Société de Pédiatrie de Paris en 1925 par M. Roudinesco et Mlle Odier.

Méningite aiguë à polynucléaires, amicrobienne, au cours d'une méningite syphilitique occulte, guérison par le traitement mercuriel.

Enfant de 8 ans, mis en observation dans le service de M. Marfan, pour mauvais état général.

Début brusque par céphalée violente, fièvre, vomissement et constipation, et suivi le lendemain de raideur de la nuque, signe de Kernig et raie méningitique.

La cuti faite trois fois est négative.

Liquide Céphalo rachidien : purulent, à polynucléaires dont quelques-uns à noyaux altérés.

Quelques rares lymphocytes ;

Absence de microbe à l'examen direct.

Ensemencement sur gélose ascite négatif.

Wasserman négatif dans le L.C.R. et le sang.

Hecht : légèrement positif dans le sang.

Examen otitique négatif et fonds d'œil normal - inoculation au cobaye du liquide sans résultat. Injections I/V de cyanure.

Après la 3ème injection le liquide devient plus clair, les polynucléaires plus rares et plus altérés et les lymphocytes de plus en plus nombreux.

Fait important : le Wassermann devient légèrement positif dans le L.C.R.

Après la 10ème injection, tous les symptômes disparaissent progressivement et le liquide devient clair.

Un mois après la guérison de cet épisode aiguë le liquide est clair mais contient encore quelques lymphocytes.

Donnons un résumé de l'observation rapportée par Enrique A. Beretervide et Delfino dans la Prensa Médica Argentina en Déc. 1929.

Chez un enfant de 11 ans apparemment sain, brusquement apparait de la fièvre, à grandes oscillations avec phénomènes méningés très prononcés. La fièvre dura *45 jours*, la ponction lombaire ramena un liquide céphalo-rachidien puriforme, avec prédominance de polynucléaires non altérés (90 à

94 %), absence de germe (à l'examen direct, en culture et en inoculation au cobaye). Les hémocultures restèrent négatives.

Mais le Wassermann, dans le liquide C.R. et dans le sang, se révéla franchement positif, (il fut recherché vers le milieu de la maladie). Aussitôt ce résultat connu, un traitement au sulfarsénol à doses croissantes fut institué. Sous son influence se produisit une amélioration progressive et indiscutable puis la guérison survint.

Voici une observation parue en 1938, dans les Annales de Derm. et Syph. dûe à Martin Barbaz et rapporté par Gaté, de Lyon.

Méningite à polynucléaires mortelle vraisemblablement dûe à une hérédo-syphilis de seconde génération.

Le 20 avril 1937, l'auteur est appelé auprès d'un enfant de 15 mois qui avait, depuis une dizaine de jours, un état subfébrile, coïncidant avec une poussée dentaire. Après quelques soins qui n'auraient rien eu de très particulier le malade guérit apparemment.

Le 9 mars ,l'auteur est de nouveau appelé, parce que la mère trouvait que son bébé laissait tomber anormalement sa tête en arrière depuis deux ou trois jours et agitation nocturne. Les mouvements

de la tête semblent être douloureux. Mais pas de Kernig, ni de raideur vraie. Quelques signes d'hérédo-syphilis :

— Fontanelle antérieure non fermée, non hypertendue, admettant l'extrémité du doigt.

— Grosses bosses frontales sans hydrocéphalie, voûte palatine fortement ogivale.

— Foie, rate : normaux.

— Pas de signe de rachitisme au niveau des membres ou du thorax.

Antécédents maternels, pas de fausse-couche. Deux enfants, une fillette six ans, bien portante, chétive.

11 mai, ponction lombaire :

— Liquide louche.

— Albumine, 1 gr.

— Sucre diminué.

— Polynucléose à 300 ; poly. non altérés, sans autres cellules.

— Pas de germe, pas de B.K.

— Culture en milieux divers : stérile.

B.W. : très positif avec benjoin colloïdal dans la zone correspondante. Traitement gamméol et sulfar. 3 à 9 cgr. de deux jours en deux jours.

15 mai et 20 mai : Nouvelles ponctions lombaires, absolument même liquide.

Cliniquement : Appétit conservé, sommeil à peu près normal, pas de vomissement, raideur de la nuque très modérée. Pas d'attitude en chien de fusil, pas de Kernig ,ni de Brudzinski, ni contracture, ni paralysie, les réflexes sont normaux ; pas de photophobies, réflexes pupillaires normaux.

Examen somatique : négatif.

Poumons, rien à signaler.

Examen O.R.L. : rien à signaler.

Mort dans la nuit du 20 au 21 avec température à 39° 5, alors que les phénomènes météorologiques intervenaient peut-être (dépression atmosphérique et grand vent).

Les deux ou trois derniers jours, on put noter :

Une chute en bas des deux globes oculaires avec mouvements nystagmiformes latéraux, surtout à gauche ; un léger strabisme convergent. Le membre supérieur gauche en hyperextension, pouce replié dans la main. Les R.T. sont plus vifs à gauche.

La respiration est plus forte, presque à type de Küssmaul.

Il y a un peu d'herpès labial ; langue sèche.

La cuti-réaction manque ; il n'y avait pas de raison, dit l'auteur, pour que l'on pensât à la tuberculose.

Le traitement a produit une sédation temporaire.

Père : B.W. négatif ; mère : B.W. positif, sans stygmate de syphilis en évolution.

Grand-père : B.W. négatif.

Grand'mère : B.W. négatif. Hecht positif.

Coffin, en 1935, à la Société de Pédiatrie de Paris, rapporta le cas d'un enfant de 14 mois, qui fit une poussée d'adénoïdite aiguë suivie d'épisode méningé typique.

Une paracentèse bilatérale fut négative. La ponction lombaire donna issue à un liquide purulent : avec 2.120 globules blancs (76 poly non altérés, 25 mono).

Trois jours après, il y avait 1.240 globules blancs (82 poly pour 18 mono).

Quatre jours après, 2.000 globules blancs (81 poly pour 19 mono).

Cinq jours après, 1.000 globules blancs (73 poly pour 27 mono).

Les éléments mononucléés étaient tous intacts, les polynucléaires à des stades plus ou moins marqués de vieillissement.

Soins habituels locaux pour l'adénoïdite.

La température avait oscillé autour de 38° puis était tombée.

L'état général restait excellent et l'adénoïdite avait guéri, alors que les signes méningés persistaient et que persistait l'aspect l'aspect puriforme du liquide.

Cuti, intradermo, inoculation au cobaye furent négatives.

Un interrogatoire, poussé à fond, des parents, permit de retrouver la syphilis. Mais le père se refuse à une prise de sang. La mère a une réaction négative. Dans le L.C.R., réaction faiblement, mais nettement positive. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

La guérison est rapide après un traitement au sulfar et des frictions mercurielles.

La ponction lombaire montre, quelques semaines après, un liquide eau de roche à réaction négative.

Dans l'ensemble, les observations rapportées sont incomplètes ou laissent planer un doute, il faut bien l'avouer, lorsqu'on les examine en détail.

Cependant, puisque la méningite puriforme aseptique syphilitique existe chez l'adulte, au cours de la syphilis secondaire et tertiaire, il n'y a aucune raison qu'elle n'existe pas chez l'enfant hérédo-syphilitique.

Si l'on admet que les observations ci-jointes concernent réellement l'hérédo-syphilis, comme c'est très probable, ces formes de méningites paraissent graves, souvent difficilement guéries par le traitement.

On doit toujours se demander si elles ne sont pas liées à des lésions encéphaliques importantes et si

des séquelles psychiques, motrices et surtout sensorielles, ne sont pas à craindre.

Le diagnostic étiologique est difficile. On pense sur l'aspect macroscopique du liquide C.R. d'abord à une méningite cérébro-spinale, mais on retrouve facilement le méningocoque, dans de telles formes.

Il semble plus facile d'éliminer les méningites puriformes aseptiques des affections rhino-otiques, de la grippe, de la pneumonie, de l'ascaridiase, de l'intoxication oxycarbonée. Il faut encore penser à la méningite tuberculeuse à liquide puriforme (Chalier, Lyon Médical, 29 novembre 1931). Mais celle-ci a une évolution rapide, la mort survient en dix à douze jours. Le B. K. est retrouvé au moins par inoculation au cobaye.

La spirochétose méningée pure, sans ictère (Laignel-Lavastine et Boquien) doit également être évoquée. Mais, penser aux modes de contamination, les rechercher par l'interrogatoire de l'entourage et une rechute doit faire songer à ce diagnostic. La recherche du leptospire, l'inoculation, permet d'affirmer le diagnostic.

Un B.W. positif dans le L.C.R. et dans le sang, associé à l'aspect puriforme du liquide, ne sont pas suffisants pour poser le diagnostic de méningite syphilitique puriforme. L'absence de méningocoque constatée à l'examen direct et par la culture permet d'éliminer les formes associées à une méningite cérébro-spinale développée chez un syphilitique évolutif. De plus, le L.C.R. de certaines méningites

tuberculeuses a parfois un B.W. positif quand le liquide est louche ou même puriforme. Le Benjoin colloïdal ne peut, à lui seul, fournir la certitude de la nature syphilitique de la méningite. Il existe, en effet, un type de courbe spécial dans la méningite tuberculeuse qui prête à confusion avec la syphilis avec deux zones de précipitation, dans la zone syphilitique et dans la zone méningée, avec décalage vers la droite.

En résumé, cette forme de la méningite hérédo-syphilitique semble bien exister :

— Elle a un pronostic souvent grave.

— Elle représente une syphilis à tendance maligne et nécessite par conséquent un traitement singulièrement renforcé.

— Il faut surveiller longtemps, des années, ces malades et faire de temps à autre, régulièrement si possible, un examen clinique à la recherche de lésion du névraxe et une ponction lombaire, pour juger de la thérapeutique.

Formes malignes

Sous ce titre, nous rangeons un certain nombre de faits disparates qui ont pour seul lien commun l'évolution fatale. A vrai dire, il n'y a pas une forme maligne, mais des formes qui résistent au traitement, ou des formes où il n'a pas le temps d'agir, ou encore, des formes qui ne sont améliorées que passagèrement par le traitement et qui ont une évolution fatale. Il est peut-être plus logique de parler de syphilis maligne que de méningite hérédo-syphilitique maligne.

Chez l'adulte, nous avons trouvé une fort curieuse observation, publiée en 1925 par Pissavy et Delafontaine, qui concerne un homme de 51 ans, tousseur et cracheur depuis dix ans, ayant fait des hémoptysies mais chez lequel *jamais* l'expectoration ne contint de B.K. Un syndrome méningé survint, sans fièvre, avec céphalée, vomissement et constipation, grande inégalité pupillaire.

Le liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, contenait des lymphocytes, de l'albumine à 0,60, sans bacille de Koch à l'examen prolongé du culot de centrifugation. Le jour même, le malade est décédé ; pas d'autopsie. Mais les auteurs rapportent cette observation parce qu'il s'agissait d'un syphilitique avéré, toussant et crachant, ayant même des

hémoptysies sans que jamais on ait trouvé trace de Bacille de Koch ; de plus, le liquide C.R. avait un Wassermann et un benjoin fortement positifs. Aussi, les auteurs concluent-ils à la possibilité de syphilis pulmonaire terminée par une méningite syphilitique suraiguë.

Ils mentionnaient, en outre, une observation déjà ancienne, d'un auteur allemand, Pahr (Deutsch Med. Woch. 12 nov. 1914) où un malade, au cours d'une syphilis secondaire, mourut rapidement dans un coma méningé. A l'autopsie, on retrouva des lésions de méningite où fourmillaient les tréponèmes.

A la séance du 6 Février 1941 de la Société de Neurologie, Monnier-Vinard et Brunel rapportent le cas d'une pie mérite syphilitique aiguë.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui mourut dans un coma méningé. Le L.C.R. était un peu jaune, et contenait 55 cellules, 2 grs. d'albumine ; les cultures furent négatives, le Wassermann fortement positif.

A l'autopsie, la pie mère est normale sur la convexité des hémisphères, elle est épaissie et congestionnée sur la partie antérieure du cerveau, la face supérieure du cervelet et le plancher du quatrième ventricule. Il y a une grosse dilatation ventriculaire.

Histologiquement : Inflammation de la pie mère gonflant les espaces interlamellaires, avec œdème et manchons péri vasculaires formés de lymphos et de plasmocytes, infiltrant l'adventice. Endo et méso vascularite.

En certains points, existent des gommes microscopiques et on trouve des tréponèmes assez nombreux dans les parties nécrobiosées de la méninge.

Chez l'enfant, chez le nourrisson, ces formes malignes ne peuvent être évaluées en fréquence. Nous avons déjà vu la part que Leredde donne à la méningite hérédo-syphilitique dans la mortalité du nourrisson. Combien succombent en effet au cours de « convulsions » qui relèvent de méningite hérédo-syphilitique ? La rapidité de l'évolution empêche le plus souvent tout traitement d'être actif. Au surplus, le diagnostic n'est pas fait, parce qu'on hésite à faire une ponction lombaire, pourtant bénigne chez l'enfant, et ponction dont on peut invoquer l'effet thérapeutique.

Il ne faut pas d'ailleurs écarter la possibilité d'une autre infection chez un hérédo-syphilitique. Voici une observation extraite du mémoire de Ravaut :

Un enfant à père probablement syphilitique, à mère ayant eu une roséole pendant la grossesse, naît à huit mois, en pleine roséole maternelle. A quatre semaines, coryza, syphilis papuleuse, gros foie, grosse rate ; à six semaines, raideur de la nuque, L.C.R. 8 à 10 lympho par champ et un mois plus tard, fièvre, dyspnée, diarrhée et mort en quelques jours.

A l'autopsie, granulie généralisée. A la base du cerveau, léger épaississement des méninges qui sont

infiltrées de très fines granulations blanches. Dans une aisselle, un ganglion caséeux, point de départ de cette granulie *tuberculeuse*.

Donc, même chez le nourrisson en pleine efflorescence de syphilis secondaire, le problème reste complexe.

L'observation XII de la thèse de Lavergne, que nous avons rangée dans les formes à liquide puriforme aseptique, nous montre l'évolution vers la mort en quatre jours d'un enfant de 15 mois. La syphilis nous y semble l'hypothèse la mieux soutenable.

Voici une observation de Cassoute (Marseille), rapportée en 1924 à la Société de Pédiatrie de Paris. Il s'agit d'une fillette de 2 ans, prise de fièvre élevée, avec troubles digestifs. La nuit est mauvaise ,l'enfant est agitée, avec des « secousses nerveuses » ; puis la raideur apparut.

L'examen montre la raideur de la nuque, la contraction des quatre membres, les inférieurs en hyperextension, les supérieurs en demi-flexion.

Ils sont agités de secousses musculaires. Les pupilles ont une légère mydriase et réagissent à peine à la lumière. L'état général parait très atteint. L'enfant est à peu près sans connaissance, La température est élevée, à 39°.

La ponction lombaire ramène 25 cc. de liquide clair, qui fut remplacé par 25 cc. de sérum antimé-

ningo, les signes méningés augmentent d'intensité dans l'après-midi et la mort survint dans la nuit après quelques convulsions.

L.C.R. albumine 0,35. Monocytes 20, pas de poly. Wassermann très fortement positif.

Le père nie tout antécédent spécifique. La mère eut un accident spécifique buccal à l'âge de 17 ans, traité par injections intra-veineuses, trois séries de traitement arsenobenzolique dont une au début de la grossesse. L'enfant était née à terme dans de bonnes conditions.

Donc évolution suraiguë en quatre jours, avant tout traitement spécifique.

José Symono, dans la Revista Medica de Chile, 1928, rapporte le cas d'un nourrisson de deux mois et demi, dont le père a subi un traitement antisyphilitique. La mère a eu trois enfants dont un mort peu après la naissance. Le début remonte à neuf jours avant l'entrée dans le service, par de l'agitation, des cris, des mouvements de flexion des membres inférieurs sur l'abdomen. Après deux jours de cet état, convulsions clonico-toniques généralisées laissant un état stuporeux et se répétant par crises.

A l'entrée, position du rachis en opisthotonos, membres en flexion hyperesthésie cutanée, fontanelle bombée.

Dans le L.C.R. : 72 leucocytes dont 8 % de polynucléaires. Wassermann positif dans le liquide et

dans le sang. Réactions à la tuberculine négatives. Ponctions lombaires répétées, néo arseno-benzol et bismuth, amènent une atténuation des convulsions et de l'hypertonie, le retour à l'état normal du L. C.R., la négativation du Wassermann et une augmentation de poids de 400 grammes en un mois.

Ultérieurement toutefois, baisse de poids progressive, malgré des transfusions sanguines, broncho-pneumonie, mort.

A l'autopsie, outre la broncho-pneumonie en foyer, on constate de l'hépatite, de la splénite et de la périsplénite syphilitiques. Le cerveau est recouvert à la face interne de la dure mère au niveau des lobes antérieurs par un exsudat gélatineux jaunâtre avec petites hémorragies. Liquide rose jaunâtre dans les ventricules latéraux.

Ici, il s'agit plus d'un hérédo-syphilitique avec graves lésions viscérales et mort d'affection intercurrente que de méningite hérédo-syphilitique maligne. Cependant, nous rapportons cette observation dans ce chapitre, parce que, malgré le traitement suivi, il persistait des lésions méningées, après une amélioration des signes cliniques. C'est dire l'intérêt d'un traitement prolongé.

L'observation que rapporta M. Marquezy à la Société de Pédiatrie en 1935, concerne un enfant de 21 mois. Une période prodromique, qui dura un mois environ, fut marquée par des modifications du caractère (enfant grognon, affectivité exagérée, ano-

rexie, quelques vomissements). Puis les vomissements se produisent après chaque repas et un état méningé survint, l'examen neurologique fut négatif.

Enfin, apparition d'un coma méningé avec raideur de la nuque, pauses respiratoires, température autour de 38°, incontinence des sphincters, abolition des R.T. des membres inférieurs.

Le liquide céphalo-rachidien contenait :

1 gr. 10 d'albumine, 20 lymphocytes.

La réaction de Pandy était positive ,le B.W. fortement positif, le benjoin colloïdal floculait dans les zones syphilitique et méningée.

Pas de B.K. à l'examen du culot, culture en Lœwenstein négative ; cuti, négative (bien qu'il eut du B.C.G. à la naissance).

Un traitement anti-syphilitique est institué (sulfar et bivatol) qui amène une légère amélioration, la température tombe à la normale, le regard est moins fixe, l'anesthésie non complète, les pauses respiratoires s'espacent.

Malgré cette amélioration, l'enfant meurt dans les trois jours qui suivirent.

Or, on ne pouvait soupçonner la syphilis, enfant né à terme 3.125, à croissance régulière malgré anorexie habituelle, 11.500 à 21 mois.

Les parents ne signalent qu'un léger état « nerveux » de l'enfant : sommeil agité, caprices. Une

petite déformation du front pouvait rendre probable le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Peut-être s'agissait-il de syphilis de seconde génération : la grand'mère paternelle aurait eu des accidents syphilitiques. En tout cas, le traitement resta inefficace.

Une autre observation de Henri Lemaire et Stiassnie concernant un enfant de 22 mois, (rapporté dans les formes localisées), montre aussi l'inefficacité du traitement (amélioration très passagère précédant la mort dans une crise convulsive).

Dans l'ensemble, ces formes malignes sont l'apanage des *enfants jeunes*, aucun d'entre eux ne dépasse 2 ans. Ce sont des malades, par ailleurs, singulièrement fragiles et les lésions viscérales associées : hépatique, splénique, rénale et cardiaque, doivent avoir une part de responsabilité. L'intensité des réactions spécifiques semblent indiquer, pour M. Marquezy, une gravité particulière. Leur persistance, malgré le traitement intensif, nous semble un facteur de gravité.

En résumé, ces facteurs de gravité sont :

— L'âge (moins de deux ans).

— L'intensité et la persistance des réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien.

— Les lésions viscérales associées.

— Le retard du traitement et son insuffisance.

Formes mentales

Chez l'adulte, les formes mentales de la méningite syphilitique sont bien connues, en dehors de la paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale.

Elles consistent en troubles mentaux d'aspect essentiel, mais en relation avec une poussée méningitique aiguë confirmée par l'examen du L.C.R.

Donnadieu en fit une étude en 1938 (Pr. Méd., juin 1938). La première observation remonte à 1910 où Mesny et Barat étudiaient le cas d'un syphilitique secondaire, avec méningite syphilitique et troubles mentaux évoluant parallèlement, la régression de ceux-ci coïncidant avec la régression des signes méningés.

Targowla, en 1913, parle des troubles mentaux tardifs des syphilitiques tertiaires, les distinguant de la paralysie générale et montre le parallélisme de la régression des troubles mentaux et de la méningite.

Cestan et Verger (Précis de path. int. 1919), parlant des formes méningées difluses de la syphilis, distinguent des états d'excitation à type de délire toxi-infectieux et des états de dépression pouvant s'accompagner d'un syndrome méningé ,rappelant la méningite tuberculeuse.

Le Professeur Porot, en 1927, étudia les psychoses syphilitiques à base confusionnelle et proposa, pour pathogénie, soit l'action directe de la toxi-infection durant la période secondaire ou tertiaire, soit l'action indirecte par insuffisance viscérale (hépatique ou rénale).

Laubie, en 1931, établit de façon absolue l'existence et l'indépendance des méningites syphilitiques aiguës à forme mentale.

La confusion mentale forme le fond symptômatique de ces troubles.

Tantôt ils coexistent avec les manifestations de la syphilis secondaire, tantôt ces manifestations manquent, ou encore il s'agit de syphilis tertiaire méconnue et seuls les examens du L.C.R. montrent l'origine de ces troubles.

A priori, rien ne s'oppose à ce que de tels faits s'extrapolent chez l'enfant. En réalité ,il y a davantage arriération mentale et arrêt de développement psychique, symptômes si courants chez les hérédo-syphilitiques, que de troubles mentaux qui n'apparaîtraient que dans la seconde enfance et l'adolescence ou même, dans les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis, à l'âge adulte.

Chez l'enfant on ne trouve pas d'observation de forme mentale de la méningite syphilitique, où la régression des troubles mentaux sous l'influence du traitement s'effectue parallèlement au syndrome méningé humoral.

Par contre nous insisterons particulièrement sur

le fait que les méningites hérédo-syphilitiques de l'enfance sont souvent le prélude d'une P. G. qui apparaîtra plusieurs années après.

Ces faits ont été mis en lumière par les auteurs modernes et contribuent à donner à la méningite hérédosyphilitique un caractère de singulière gravité, puisqu'elle peut être la première phase d'une P. G. qui apparaîtra plusieurs années après.

Voici un exemple probant, qui montre dans quelle mesure il convient de réserver le pronostic.

Brissot et Maillefer, à la séance du 9 Décembre de la Société Médico-psychologique, ont rapporté l'observation d'un enfant qui, à l'âge de 18 mois, avait fait une méningite syphilitique, que l'on traita par le sulfar.

Il fut suivi régulièrement, et à partir de l'âge de 3 ans il subit des traitements antiluétiques de manière ininterrompue. Malgré la thérapeutique intensive dont l'enfant fut l'objet, une P. G. s'installa progressivement vers la dixième année, avec des crises d'épilepsie.

On retrouve de semblables exemples dans les discussions des séances de la Société Médico psychologique (Roger et Alliez, 22 novembre 1937, entre autres), dans la thèse de Devallet et celle de Goldstein.

Aussi peut-on dire qu'en présence d'une méningite hérédo-syphilitique, surtout si les réactions humorales résistent au traitement, ou se négativent difficilement, ou redeviennent positives après quelques mois, il faut craindre l'apparition d'une P. G. dans les années qui suivent.

Formes très tardives

Nous ne ferons que signaler les formes très tardives. Elles existent sans conteste et sont rarissimes. A un âge quelconque, disait Leredde, la crypto-syphilis peut se démasquer. Il est évident que les chances d'avoir affaire à une syphilis acquise sont extrêmement plus nombreuses.

Fournier fixait à 28 ans l'âge extrême où se manifeste l'hérédo-syphilis.

Nous avons trouvé trois observations qui montrent que cet âge peut largement être dépassé. La première observation est de MM. G. Etienne, L. Mathieu et M. Verain.

Un sujet de 37 ans hérédo-syphilitique, avec axyphoïdie, bosses frontales très marquées, est pris de céphalalgies rebelles. Le L.C.R. contenait, le 28 avril :

— Albumine, 0,46.

— Lympho, 13.

— Sucre, 0,51.

— Bordet Gengou positif à six unités (mais elle est négative dans le sang).

— Le Vernes est positif à 29.

— Guillain : 22.222.000.

Le traitement spécifique fut entrepris et en six mois le L.C.R. retombe presque à la normale.

Le 16 décembre :

Albumine 0,27.

Lympho, 2,3.

Sucre, 0,51.

Les réactions sont toutes devenues négatives. Il n'y avait pas de syphilis acquise affirment les auteurs.

L'autre observation est des plus curieuses ; elle fut présentée le 12 juillet 1929 à la S.M.H.P. par MM. Trémolière, A. Tardieu et P. Veran.

Chez une pseudo-hermaphrodite de 26 ans évolua une réaction méningée intense aiguë et apyrétique. Après l'administration quotidienne de cyanure de mercure par voie veineuse, elle guérit cliniquement en un mois.

Consécutivement deux mois après le début des accidents méningés, après 35 injections intra-veineuses de cyanure survint une paralysie du nerf cochléaire gauche rebelle à tout traitement spécifique. Elle ne saurait être considérée comme réaction d'Herxheimer ou neuro-récidive. Sans douleur,

ni otorrhée, rebelle au traitement spécifique (bilatérale plus souvent), ce sont là les caractères d'une surdité hérédo-syphilitique.

Il est à noter que les réactions biologiques dans le sang et le L.C.R., même au plus fort de l'évolution morbide, furent constamment négatives. Les arguments invoqués pour imputer ce syndrome méningé à l'hérédo-syphilis sont les stigmates dystrophiques (tibias en lame de sabre, déformation crânienne, stigmates dentaires) ordinairement attribués à l'hérédo-syphilis, et la rapide amélioration clinique sous l'action du traitement spécifique dès la quatrième intra-veineuse de cyanure.

Une troisième observation est rapportée par Faure-Beaulieu et concerne une jeune fille de 33 ans, en proie à des épisodes méningés subaigus.

Le diagnostic étiologique de tels syndromes méningés est on le conçoit, d'une extrême difficulté. L'argument thérapeutique prend ici une force singulière. Les dystrophies osseuses et dentaires plus que les réactions sérologiques, prennent également une grande valeur.

Forme avec amyotrophie

Nous n'avons pas rencontré, chez l'enfant, de forme avec amyotrophie.

Le Professeur Porot a signalé en 1917 (Rev. Neurol, n° 10-11-12 1917) dans les travaux des centres neurologiques militaires, une méningite syphilitique aiguë de l'adulte, avec fièvre, Kernig et vomissements, survenue très précocement, à la fin de l'accident primitil. Il se produisit une *amyotrophie extrême*, mais les accidents d'allure menaçante purent être enrayés et guérirent sans séquelles, par un traitement spécifique intensif.

Formes localisées

Sous le titre de formes localisées, nous tenons à grouper un certain nombre de formes cliniques qui n'ont d'autre lien que la prédominance d'un symptôme sensoriel ou moteur ou autre, qui leur donne une physionomie particulière.

La plupart relèvent d'un processus chronique, d'emblée, ou secondairement chronique à un épisode aigu.

L'anatomie pathologique nous a montré que les lésions sont souvent localisées ou prédominent à la base, d'où la multiplicité des formes cliniques, selon que les symptômes relèvent d'une atteinte de l'étage antérieur du chiasma de la région infundibulo-tubérienne, des pédoncules, de la protubérance, du bulbe.

Si on peut, théoriquement, multiplier ces formes à l'infini, en réalité il existe des formes avec paralysie d'un ou plusieurs nerfs crânien, sensoriel ou moteur, où dominent les formes à manifestations oculaires, des formes avec symptomatologie infundibulo-tubérienne, des formes avec épendymites associées, avec ou sans hydrocéphalie.

1. — *Les formes oculaires* sont parmi les plus intéressantes parce que les plus fréquentes et présen-

tent des variétés du fait que la musculature externe, la musculature interne et la vision sont plus ou moins intéressées, ensemble ou séparément.

Babonneix a étudié en particulier l'atrophie optique liée à une méningite hérédo-syphilitique de la base (Arch. de Méd. des enfants). Certes, l'atrophie peut avoir comme cause une méningite syphilitique de la base plus ou moins latente, prolongeant ses lésions inflammatoires par la gaine du nerf, inflammatoire ou dégénérative. La méningite syphilitique semble plus fréquente. Les observations rapportées par Babonneix dans son mémoire ne peuvent être toutes reproduites. Nous résumons l'une d'elles :

Roger, 10 ans, a présenté à 3 ans une réaction méningée ayant duré trois semaines, s'étant reproduite à 4 ans et demi.

Lorsque celle-ci a été terminée, l'entourage s'est aperçu que l'enfant ne voyait plus très clair.

L'examen révèle une hémiplégie infantile et une atrophie optique qui, au cours d'examens répétés, se révéla évolutive *malgré le traitement.*

Le Professeur Morquio rapporté à la Société de Neurologie de Paris, le 3 juillet 1930, une observation qui s'en rapproche : Un enfant de 14 ans, dystrophique avec infantilisme génital, retard intellectuel et corporel, sans aucun antécédent précis de syphilis, fait, spontanément une névrite optique bilatérale, d'origine syphilitique, ainsi que le démon-

tre le Wassermann positif dans le sang et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

24 éléments (56 % lympho, 44 % de poly).

Le W. est positif.

Ainsi que le benjoin colloïdal, le Lange, le Nonne-Appelt.

La névrite optique, sans aucun phénomène d'hypertension intra-crânienne évolue vers l'atrophie progressive du nerf jusqu'à la cécité complète. Toute l'évolution se fait dans un espace de trois mois *malgré un traitement spécifique* énergique allié à l'opothérapie.

Les autres observations de Babonneix mentionnent des observations plus ou moins complexes (hydrocéphalie congénitale avec atrophie optique, obésité, syndrome adiposo-génital).

Babonneix pense que, vraisemblablement, cette atrophie optique est liée à cette méningite chronique, constante dans la neuro-syphilis héréditaire et qu'il faut y rattacher la plupart de ces atrophies optiques survenues au cours de l'hérédo-syphilis.

(Notons que dans une autopsie de Siemerling existait une méningite gommeuse de la base englobant le chiasma.)

Il insiste sur la gravité de ces formes : tôt ou tard apparaissent d'autres accidents de neuro-syphilis. Paralysie générale. Tabès, syphilis cérébrale, encéphalopathies infantiles et indique les novarsenicaux comme le traitement de choix.

Cliniquement, les signes méningés sont en général au minimum et souvent malgré de grosses modifications du liquide céphalo-rachidien.

Je n'en veux pour preuve que l'observation rapportée à la Société de Ped. de Paris en 1922 par P. Lereboullet et Pichon.

Il s'agit d'une enfant de 13 ans et demi ayant :

1) Un développement insuffisant du corps et de l'esprit : 1 m. 21, 22 kgs, très grosse arriération mentale ;

2) Des stigmates hérédo-syphilis (nez écrasé, dents typiques réunissant toutes les malformations) ;

3) Une méningite hérédo-syphilis de la base, traduite par une grosse inégalité pupillaire.

L'examen montre un peu de raideur des membres, sans signes méningés.

La ponction lombaire ramène un liquide hyperalbumineux avec 293 lympho et un B.W. positif (positif également dans le sang).

Par contre, une observation de Redvers Ironside (1936) chez un adulte, nous montre l'existence de méningite localisée avec œdème de la papille chez un homme de 48 ans ; depuis deux semaines sont apparus des phénomènes méningés, céphalées, vomissements, surtout diminution de la vision. Inégalité pupillaire et les pupilles réagissent paresseusement à la lumière.

Liquide céphalo-rachidien : pression 120 mm. d'H^2O.

62 lympho.

Protéines, 60 mg. pour 100 cc.

Wassermann positif (ainsi que dans le sang).

Le malade traité par l'iodure de potassium et des frictions mercurielles s'améliore.

On voit la diversité de ces formes à manifestations oculaires. Notre observation se range parmi elles.

Notre observation.

Le 2 mai, à la Consultation Crespin (Clinique Médicale des enfants), une enfant indigène, Malika, de 14 mois et demi, était présentée par sa mère et sa grand'mère, qui, avec forces gestes et des mimiques expressives, nous expliquèrent que l'enfant était devenue aveugle depuis deux mois environ.

L'affection avait débuté par une anorexie légère avec quelques vomissements alimentaires et constipation peu marquée. Très vite survinrent des crises convulsives. Ces crises étaient irrégulières en intensité, tantôt simples raidissements avec respiration rauque, tantôt survenue brusque de contractions toniques des membres avec rejet de la tête en arrière, respiration stertoreuse et révulsion des globes oculaires, puis, au bout de quelques instants

(quelques dizaines de secondes à une ou deux minutes), l'enfant pleurait et tombait assoupie, bientôt, par la fatigue. Dans l'intervalle des crises, elle restait recroquevillée, la tête rejetée en arrière, en proie à des poussées fébriles (mais la température n'a pas été prise).

Puis les convulsions s'espacèrent et devinrent de moins en moins intenses, l'enfant reprit une attitude normale, l'appétit revint rapidement, mais elle ne semblait plus voir: elle gardait les yeux grands ouverts sans reconnaître l'entourage et ne saisissait plus les objets qu'on lui présentait. De même, elle se refusait à marcher, sans doute en raison de la gêne visuelle, car il n'y a pas de paralysie.

Donc, probablement, syndrome méningé fébrile, ayant débuté deux mois auparavant, ayant duré six semaines environ, avec de grandes irrégularités dans son évolution, marquée surtout par des crises convulsives et par l'apparition d'une prétendue amaurose.

Fort intrigué par cette histoire, nous examinâmes l'enfant qui ,en effet, paraissait ne pas voir. Elle ne suivait pas des yeux la lumière, ne saisissait pas les objets que nous lui tendions, ne cillait pas lorsque nous rapprochions brusquement la main de son visage et, surtout, les pupilles ne réagissaient plus à la lumière. Elles restaient fixées en dilatation moyenne.[1]

---

(1) — Lors des convulsions de l'enfance, l'abolition des réflexes pupillaires qui est constante pendant la crise, ne persiste pas après elle.

L'examen somatique rapidement fait ne montra rien d'anormal, en particulier les réflexes ostéo-tendineux et cutanés étaient normaux et il n'y avait aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Des piqûres d'insectes parsemaient le corps de la petite malade avec quelques superficielles lésions de grattage. Il n'y avait rien qui puisse faire penser soit à un herpès soit à un zona, soit à une quelconque maladie éruptive ,soit à des manifestations cutanées de la spécificité.

Il n'y a ni rhinite, ni otite, ni parotidite en évolution, pas trace de traumatisme crânien, et nous demandons à un ophtalmologiste de bien vouloir examiner cette enfant : il ne constate pas de stase à l'examen du fond d'œil qui s'avère en tous points normal. Les réflexes pupillaires à la lumière sont abolis, le contour pupillaire est normal, il n'y a pas d'inégalité. Le réflexe cornéen existe et la musculature externe des globes oculaires ne paraît pas touchée.

Enfin, de l'état méningé qui a caractérisé le début de l'affection, il ne reste aucune trace cliniquement décelable, ni raideur ni signes de Kernig ou de Brudzinski, en particulier.

La petite malade est hospitalisée le 5 mai au matin, Salle Bouillaud.

Antécédents :

Enfant née à terme le 26 février 1940, à la suite d'une grossesse et d'un accouchement normaux.

Elle n'a pas été pesée ni mesurée à la naissance, mais, au dire des parents, elle avait un aspect des plus satisfaisants. Nourrie au sein jusqu'à l'âge de trois mois, elle eut ensuite un allaitement mixte (lait de vache coupé d'eau et sein, par prises irrégulières dans la journée et de temps en temps la nuit).

Elle a marché à un an et, au même âge, a prononcé les premiers mots. Les premières dents sont apparues à 9 mois.

Vaccinée depuis un an contre la variole, pas de B.C.G., pas d'antécédents pathologiques.

Père bien portant, trachôme ancien, pas de stigmate de syphilis.

Mère bien portante, pas de fausse couche, pas de trace non plus de syphilis ancienne ou en évolution. Tous les deux ont un Wassermann négatif dans le sang.

Grands-parents maternels : grand-père bien portant mort accidentellement et n'aurait jamais présenté d'accidents cutanéo-muqueux ou autres ; la grand'mère a eu six enfants dont quatre sont vivants actuellement et bien portants. Deux sont morts en bas âge, l'un à un an, d'affection indéterminée, l'autre, fait intéressant, à sept mois, d'une intervention sur spina bifida.

Du côté des grands-parents paternels, il n'y aurait rien à signaler.

De part et d'autre, aucun accident nerveux n'est signalé.

Examen du 6 Mai, Professeur Sarrouy

Il s'agit d'une enfant d'assez bel aspect, mais pâle aux chairs hypotoniques, pesant 8.300 grs (poids d'un enfant de 9 à 10 mois), mesurant 0 m. 70, sans lésions cutanées en dehors de quelques plaques érythémateuses sans caractère spécial et tout à fait banales, et de légères lésions de grattage sur la fesse droite.

Le squelette est bien constitué, pas de rachitisme, la fontanelle antérieure est soudée et la morphologie du crâne est normale. Huit dents.

Le foie est normal, la rate non hypertrophiée.

L'examen du cœur et des poumons ne montre aucune anomalie.

Les réflexes ostéotendineux et cutanés sont normaux et l'examen des yeux, pratiqué avec le concours du Dr. Lorrain, *montre encore l'absence de réflexe pupillaire à la lumière. Le fonds d'œil est normal.*

L'enfant est apathique, comme dans une torpeur et hargneuse à l'examen.

Le lendemain, même état.

Le 8 mai, les réflexes pupillaires à la lumière ont réapparu, très paresseux et l'enfant suit des yeux la lumière du photophore (?).

Le 9 mai, ponction lombaire qui ramène un liquide clair et limpide contenant : Albumine, 0,50 cgr. et 125 éléments cellulaires, tous lymphocytes. Pas de B. K.

Le B. W. est fortement positif (T 2).

Le Meinicke douteux après 24 heures.

Le benjoin colloïdal précipite en zone syphilitique et en zone méningée partiellement (2222112222100000).

Dès le résultat de la ponction lombaire connu, on institue un traitement antiluétique par frictions mercurielles quotidiennes.

Le 11 mai, la vision semble bien améliorée, l'enfant joue, reconnaît son entourage, saisit un objet qu'on lui présente, fait quelques pas sans être guidée.

L'amélioration est nette, s'est produite dès le lendemain de la ponction lombaire et après la deuxième friction mercurielle, et de plus les réflexes pupillaires, à la lumière, sont maintenant absolument normaux.

Les jours suivants, l'amélioration se maintient, l'enfant prend régulièrement du poids (150 grs en dix jours), parle, joue, fait quelques pas pour rejoindre une personne qui lui tend les bras, s'intéresse à ce qui l'entoure.

Le 21 mai, une nouvelle ponction lombaire ramène d'abord un liquide limpide, mais un mouvement brusque de la malade provoque l'issue d'une petite quantité de sang. Aussi trouve-t-on une quantité considérable d'hématies, même dans le liquide le plus clair. Cependant, il existe environ 20 lymphocytes par mmc., alors que la première fois, dans un liquide limpide, il était de 125.

Le 26 mai, une ponction lombaire ramène cette fois-ci un liquide limpide contenant 30 lymphocytes par mmc., 0,45 d'albumine.

Le B. W est encore positif en T 6.

Le Benjoin colloïdal flocule partiellement en zone syphilitique (0011112222110000).

Le Meinicke est douteux après 24 heures.

A partir du 23 mai, on institue un traitement au sulfarsénol et la malade sort le 31 mai, guérie cliniquement et est désormais suivie par le service de la consultation Crespin, qui continue le traitement antiluétique.

A aucun moment, au cours des 25 jours de son hospitalisation, elle n'a présenté de fièvre et, par trois fois, la cuti-réaction à la tuberculine s'est affirmée négative.

De nouveau, le 21 juin, la température monte à 39, accompagnée de vomissements. L'hospitalisation proposée est refusée. Pendant quatre jours, la fièvre se maintient à 39-40, avec quelques vomissements. Pas de diarrhée, pas de phénomènes pulmonaires, traînées de mucopus dans le pharynx. Pas d'otite. Sédation le 25.

Le 26 juin, ponction lombaire :

Albumine, 0,40.

Lympho, 1,8.

Wassermann et Meinicke négatifs.

Notre observation présente comme particularités intéressantes cette phase d'amaurose, avec aréflexie pupillaire à la lumière, amaurose durant pendant deux mois environ, puis s'amendant peut-être spontanément et surtout sous l'influence de ponctions lombaires et d'un traitement mercuriel. Progressivement, le L.C.R. est revenu presque à la normale, d'abord diminution de la leucocytose, puis atténuation et négativation des réactions sérologiques, enfin l'hyperalbuminose est la dernière altération qui subsiste.

D'autre part, chez les parents, on a peu de renseignements sur leurs antécédents. On ne peut affirmer ou infirmer chez eux l'absence d'accidents spécifiques. Leurs réactions sérologiques sont négatives. La grand'mère maternelle eut un enfant avec *spina bifida* que beaucoup d'auteurs considèrent comme dystrophie souvent hérédo-syphilitique Peut-être s'agit-il de syphilis de seconde génération ? (1).

2. — Parmi les formes localisées, nous rangerons *les formes avec narcolepsie*, où il s'agit plus de méningo-encéphalite que de méningite pure. Nous n'avons pas trouvé d'observation concernant l'enfant. Toutes se rapportent à des adultes.

(1). — On peut rencontrer encore des formes de méningites hérédo-syphilitiques subaigues ou latentes, avec paralysie faciale, ou encore hypoacousie (plus rare) ou surdité, unilatérale, comme dans l'observation de Tremolière, ou bilatérale, et ces formes sont graves, parce que rebelles au traitement. Nous n'avons pas trouvé d'observation concernant la méningite localisée à la fosse postérieure, ou avec atteinte des nerfs du trou déchiré postérieur, ou de l'hypoglose, ni de forme localisée au canal rachidien.

Guillain, Mollaret et Thoyer à la S.M.H.P. (28 février 1930), rapportent un cas concernant un malade de 28 ans, avec réactions sérologiques positives.

L.C.R. : tension, 25 ; albumine, 0,50.

Glucose, 0,55.

72 cellules au mmc.

B.W. positif.

Bj. coll. 012.222.0000000.

Wassermann dans le sang, positif (accès quotidiens de narcolepsie pendant un an, évolution fébrile.

Une deuxième observation est de Laignel Lavastine et A. Miget ; elle concerne une femme de 32 ans avec troubles mentaux, chez laquelle apparaît un syndrome narcoleptique.

L.C.R. : albumine 0,55.

Cellules, 20 (lympho).

Wassermann positif.

Benjoin colloïdal 2222222221000000.

Dans les deux cas sont invoquées des lésions basilaires des centres du sommeil.

3. Nous nous attarderons davantage sur la *méningite subaiguë à forme émétisante*. Weil et Le-

PAGE ont décrit une forme émétisante de la méningite tuberculeuse.

La méningite syphilitique peut réaliser les mêmes symptômes.

Voici une observation d'Henri LEMAIRE et STIASSNIE. Garçon de 22 mois, hospitalisé dans le service du Professeur MARFAN :

Antécédents personnels : premier né, né à terme.

Première dent à 7 mois, premiers pas à 15 mois.

Brusquement, à 20 mois, surviennent des vomissements abondants, très fréquents, une heure à une heure et demie après les repas.

Deux jours après, la température est à 40°, l'agitation extrême.

Pendant deux mois, fièvre très irrégulière, parfois 40°, les vomissements restent très fréquents et sans survenir après tous les repas, demeurent tardifs. Il y a de la constipation, de l'agitation, absence de sommeil, et l'enfant semble souffrir de la tête.

Puis la fièvre tombe et les vomissements deviennent incoercibles.

L'agitation et l'insomnie s'aggravent.

Amaigrissement considérable (6.900).

L'examen ne montre pas de stigmates H.S., très léger rachitisme (chapelet costal) ; le crâne est normal, la fontanelle fermée.

Pas de Kernig ,ni de raideur de la nuque, ni de raie vaso-motrice. Vision, audition, pouls, respiration sont normaux. Apyrexie.

Les vomissements prennent l'aspect typique des *vomissements cérébraux*. Ponction lombaire : L.C. R. hypertendu, légèrement trouble.

Très grande quantité d'albumine.

Nombreux leucocytes : 38 % de poly non altérés, 62 % de lympho.

B.W. partiellement positif.
Ensemencement sur gélose ascite négative.

Les cuti sont restés négatives.

Traitement par frictions mercurielles, quotidiennes et 45 gouttes de solution de lactate d'hydrargyre au 1/1.000e.

Une amélioration se produit, qui dure une semaine, puis les phénomènes reprennent, avec raideur de la nuque, opisthotonos, convulsions.

Une deuxième ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien identique. Les poly sont à 48 %.

L'amaigrissement augmente, la mort survint au cours d'une crise convulsive.

L'autopsie montra une hydrocéphalie interne, avec une épendymite, des ventricules cérébraux et du quatrième ventricule, une méningite bulbaire avec état vaso-paralytique de la moelle allongée.

Ce sont les lésions que Merle a décrites dans les épendymites subaiguës, *épendymite ventriculaire* à laquelle s'associe la *méningite bulbaire,* alors que les méninges de la corticalité cérébrale sont respectées.

Histologiquement, gainite périvasculaire et réaction cellulaire de la zone sous-épendymaire des ventricules. L'origine syphilitique apparaît très probable (B.W. positif, lésions prérivasculaires constituées par des nodules de cellules plasmatiques et de lymphocytes).

En l'absence de méningite cérébro-spinale dans les antécédents, il faut, disent les auteurs, penser à l'hérédo-syphilis et un traitement mixte (mercure et arsenicaux) peut quelquefois enrayer une épendymite, une hydrocéphalie, au début de leur évolution.

Une observation inédite de notre Maître, le professeur Porot, est intéressante, car elle montre la gravité et l'affection.

B. Léonie, 24 ans ;

Père : accident primitif avant son mariage ;

Mère : bien portante, une fausse couche, et cette enfant.

A l'âge de 2 mois ½, l'enfant a présenté des phénomènes encéphalo méningés, convulsions et fièvre, *suivies d'hydrocéphalie* et hémiparésie droite.

Entre 3 ans et 4 ans, elle perd successivement l'ouïe du côté droit et du côté gauche. Retard de la marche : 4 ans.

A 14 ans elle fut placée à l'école des sourds-muet.s. Elle fit plusieurs fois des troubles de la santé générale, qui furent traités par la médication antiluétique.

Diagnostic

C'est, en somme, discuter le *diagnostic des méningites chez l'hérédo-syphilitique*. Nous avons vu, au cours des différents chapitres, la difficulté pour trouver des arguments solides. Nous envisagerons les différents problèmes qui se posent en clinique :

1. *Chez un méningitique, on trouve des signes en faveur de l'hérédo-syphilis.*

a) Celle-ci est quelquefois *évidente :*

— Parce que le nourrisson porte des lésions cutanéo-muqueuses : pemphigus syphilitiques, syphilides papulo-érythémateuses polymorphes, plaques muqueuses, coryza syphilitique;

— Parce que l'examen du squelette révèle une pseudo-paralysie de Parrot, des ostéo-chondrites, des périostites, des lésions des os du crâne et de la face.

b) L'hérédo-syphilis est *soupçonnée,* sur l'existence de malformations congénitales, d'altérations dentaires, d'altérations encéphaliques (hémi et diplégie), de syndromes endocriniens, de syndromes sensoriels (surtout appareils oculaire et optique), de lésions viscérales diverses (malformation tube digestif, hépatite, splénite).

c) L'hérédo-syphilis est une *trouvaille d'examen* par l'existence de réactions sérologiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Mais ici, nous devons faire une critique serrée de ces résultats de laboratoires. Il n'y a rien d'infaillible en médecine et le B.W. peut être positif dans le liquide céphalo-rachidien, en dehors de toute syphilis.

Le fait est connu depuis une trentaine d'années (Clovis Vincent) pour les tumeurs cérébrales. Cependant, Spurling et Maddock, de la clinique Cushing, en 1925, publient des résultats de réaction de Wassermann régulièrement négatives dans les tumeurs du névraxe et en Italie Rizzo également conteste la réalité de B. W positifs.

Au contraire, Sezary et Terrasse (1) déclarent incontestable le fait que, chez des malades atteints de tumeurs cérébrales ou médullaires et indemnes de syphilis, on peut trouver, dans le liquide céphalo-rachidien, une réaction de Wassermann positive. Mais le liquide est très souvent xantochromique dans ces cas et la réaction est variable tantôt négative, tantôt positive.

Desneux (de Bruxelles) (2) met en lumière certaines précautions de technique (chauffage préalable du liquide céphalo-rachidien à 56°) et exprime

---

(1). — Sezary et Terrasse, Annales Derm. et syph. Paris Janvier 1935 24-35.

(2). — Desneux L. C. R. à B. W. positif dans les tumeurs du névrase. Presse médicale 1936, p. 655.

l'opinion qu'avec ces précautions, on ne doit plus trouver de Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien des tumeurs du névraxe en dehors de la syphilis.

En d'autres circonstances, le liquide céphalo-rachidien peut sans doute avoir des réactions sérologiques positives en dehors de la syphilis : dans les méningites tuberculeuses (Guy Laroche), Sellek Azzi et del Frade (de la Havane) ont particulièremen étudié la question dans les méningites tuberculeuses. Nous n'avons pu, malheureusement, nous procurer aucune analyse de leurs travaux, à défaut des documents originaux.

Dans l'encéphalite épidémique, le cas a été signalé (Duhot et Crampon), dans la méningite lymphocytaire curable (Hasmann, Laubry et Parvu, Lange), évidemment ces réactions positives, en dehors de la syphilis constituent des exceptions. Mais comme la méningite hérédo-syphilitique est également exceptionnelle, on est bien obligé d'en tenir compte dans les causes d'erreur.

Le benjoin colloïdal donne des résultats en général parallèles à ceux de la réaction de Wassermann. Lechelle et Mouquin ont attiré l'attention sur certaines formes particulières de la courbe du benjoin colloïdal (deux zones de précipitation dans les premiers tubes et, vers les derniers 11.12, 13.14) qui peuvent se voir aussi bien dans la méningite syphilitique que dans la tuberculeuse :

d) Un B.W. positif dans le sang en même temps

que dans le L.C.R. est un argument de très grande valeur, malheureusement très inconstant.

e) La recherche de la syphilis des parents (ou des grands-parents) est parfois couronnée de succès (aveux, accidents spécifiques, Wassermann). Elle peut être négative, sans que pour cela l'hérédo-syphilis soit contestable.

2. *L'hérédo-syphilitique peut faire une méningite ou une réaction méningée avec un germe ou un virus quelconque,* (Hutinel prétendait même qu'ils y étaient particulièrement prédisposés). Or, on sait que, sous l'influence de processus inflammatoire méningé quelconque, un malade avec B.W. fortement positif dans le sang, peut faire passer dans son liquide céphalo-rachidien, de façon transitoire, des anticorps, de sorte que les réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien sont transitoirement positives. C'est là encore une cause d'erreur.

a) L'hérédo-syphilitique peut faire des méningites non syphilitiques, avec lymphocytose du L.C.R.

Au premier rang se place *la méningite tuberculeuse ;* les caractères cliniques, nous l'avons déjà vu, ne permettent pas de différencier la méningite syphilitique de la méningite tuberculeuse. Les arguments de Fournier ne sont pas absolus : « absence constante de fièvre, sauf dans certains cas extrêmement rares, que l'on peut même dire exceptionnels. Pas de troubles vaso-moteurs, pas d'alter-

native de rougeur et de pâleur de la face ; pas de ventre en bateau ; pas de variabilité du pouls ; pas de fièvre dissociée ; assez souvent, pas de constipation intense ; pas de vomissements en fusée ; pas de délire ni de photophobie, de contracture, d'opisthotonos, de décubitus en chien de fusil, de torpeur somnolente, d'hostilité, pas d'amaigrissement précoce. En réalité, la méningite tuberculeuse est polymorphe. C'est ce qui amenuise la valeur des signes négatifs de Fournier. Mais nous avons bien d'autres moyens : la cuti-réaction à la tuberculine, l'intra-dermo et la percuti-réaction, négatives à plusieurs reprises, sont un argument contre la tuberculose.

L'examen consciencieux du culot de centrifugation du L.C.R permet de retrouver le B.K. dans la majorité des cas. Quand il est retrouvé, le problème est résolu. S'il n'est pas retrouvé, les inoculations au cobaye et les cultures sur milieu de Loewenstein apportent, mais tardivement, la preuve recherchée :

M. Paraf, en juin 1935, lors de la discussion à la Société de pédiatrie, cita une de ses observations, où un enfant avait une méningite, avec tableau clinique typique de méningite tuberculeuse. Le père était syphilitique et les réactions du liquide céphalo-rachidien de l'enfant partiellement positives. Or, on finit par trouver du B.K. dans le L.C.R. par l'inoculation au cobaye. La mort suivit.

Quant aux modifications du taux des chlorures, elles peuvent servir d'argument de présomption

sans plus (très abaissés au cours de la méningite tuberculeuse, normal ou presque dans la syphilitique).

b) Les formes méningées de la poliomyélite antérieure aiguë peuvent prêter à confusion.

Le problème est insoluble dans certains cas (observation de Pierre Valléry-Radot, observation de G. Heuyer et Mlle El. Bach). Le diagnostic n'est pas affirmé absolument sur l'apparition de quelques paralysies, il faut qu'elles aient les caractères de paralysies de la poliomyélite antérieure aiguë. Il ne semble pas que l'on ait des éléments de diagnostic différentiel dans la cytologie du liquide céphalo-rachidien et le taux des protéines.

c) les formes méningées de l'encéphalite épidémique, lorsque l'atteinte du tissu cérébral est légère ou nulle ne peuvent être diagnostiquée, avec certitude. L'hyperglycorrachie, qui aurait de la valeur est bien loin d'être constante dans les cas d'encéphalite. Nous avons vu les formes de méningites syphilitiques simulant l'encéphalite épidémique.

d) les méningites herpétiques ont leur existence contestée par nombre d'auteurs. Et l'on n'est pas certain que le virus herpétique puisse à lui seul déclencher une méningite. Rappelons l'observation de A. Thomas et L. Laflote, où les auteurs hésitaient entre 3 diagnostics :

— méningite herpétique chez un syphilitique;

— méningite syphilitique aiguë compliquée d'éruption herpétique ;

— méningite bénigne de nature indéterminée chez un syphilitique et compliqué d'herpès.

e) les méningites ourliennes : lorsque les tuméfactions parotidiennes ou la notion d'épidémiologie manque, le diagnostic est presque impossible.

Rappelons quelques-uns de ses caractères :

Absence de prodrome, début brutal, L.C.R. à dissociation albumino-cytologique : beaucoup de cellules et peu d'albumine, pas de flocons fibrineux. Le taux des chlorures, la glycorrachie, sont normaux.

f) la méningite zostérienne peut être diagnostiquée sur la coexistence de l'éruption. Celle-ci peut manquer. Il peut y avoir d'autre part des éruptions zostériformes dans la syphilis, le problème est alors presqu'insoluble.

g) la méningite des leptospiroses, bien étudiées récemment, surviennent en été, après des bains en rivières ou encore dans des circonstances étiologiques bien précises (contact avec les rats).

Si la forme méningée est pure, sans ictère, ni néphrite, le diagnostic se fonde sur le L. C. R. : albumine 0,30 à 0,40 ; 200 à 300 éléments au mmc (au début polynucléose, puis mononucléose et lymphocytose). Chlorures, pas no-

tablement abaissés ; glycorrachie normale ; surtout l'inoculation du L. C. R. et du sang qui provoque la maladie expérimentale du cobaye et sérodiagnostic avec le sang.

h) les méningites vermineuses (ascaris) sont identifiées si l'on songe à la recherche des parasites.

i) Penser aussi aux méningites provoquées par un foyer infectieux de voisinage (otite, mastoïdite et sinusite) et aux méningites des maladies infectieuses, lorsque le syndrome méningé passe au premier plan. Nous citerons ici, une observation de HUTINEL.

Un hérédo-syphilitique (énurésie nocturne, tibia déformé, intelligence peu développée, lésions dentaires, Wassermann positif) de 14 ans est présenté avec le diagnostic de réaction méningée au cours d'une pneumonie. Aucun signe de pneumonie, mais l'hémoculture mit en évidence une fièvre typhoïde. L.C.R. clair, 52 leucocytes (dont 32 lympho et monocytes, quelques polynucléaires), faible albuminose.

Sous l'influence des frictions mercurielles, sept jours après, les traces de la poussée méningitique avaient presque disparu, et cependant la fièvre typhoïde n'en fut pas moins grave et dura 3 mois et demi. (1)

(1).— Autre observation : Méningite due à la fièvre typhoïde chez un . S. *Piaggio Anastasia*, Arc. urug. de méd. cir. y especial. Nov. 1934.

Ces formes seraient courantes pour nombre d'auteurs au cours de la typhoïde, du typhus, des infections à pneumobacilles, des pneumonies, de la malaria, de la grippe, de la fièvre ondulante, de la fièvre boutonneuse méditerranéenne, des infections à pyocyaniques, etc...

Rappelons aussi les formes atténuées des méningites à méningocoque, à L.C.R. clair, sans éléments cellulaires ou à lympho ; le méningocoque peut être très difficile à mettre en évidence par culture sur gélose ascite, parfois on est aiguillé (purpura érythème, arthralgies, herpès, etc...)

j) la méningite lymphocytaire bénigne, est peut-être une des éventualités la plus fréquente à envisager.

Cliniquement, le début est très brusque et les signes méningés sont d'emblée très accusés. (céphalées, raideur de la nuque, Kernig). Les phénomènes oculaires sont exceptionnels et les nerfs crâniens ne sont pas touchés, ou le sont rarement.

Le tout s'accompagne de signes d'infection générale, de troubles digestifs, de frissons, de fièvre (ne dépassant pas 39° en règle). Le pouls est dissocié. La ponction lombaire a un effet thérapeutique évident sur les signes méningés et la courbe thermique.

Le L.C.R. est limpide, plus rarement opalescent, renferme de 100 à 600 éléments ; au

début polynucléose fréquente, puis rapidement la lymphocytose s'installe. Le taux des protéines est augmenté, mais peu, par rapport au nombre des éléments figurés (0,30 à 0,50), il y a donc *dissociation albumino-cytologique au profit des leucocytes.* Chlorures et sucre sont normaux ou peu modifiés. La durée de la maladie oscille de 5 jours à 4 semaines. La P.L. déclenche la chute thermique. Le pronostic est toujours bénin, l'absence de séquelles est la règle presqu'absolue.

L'absence de tout test biologique ou anatomo pathologique ne permet pas de contrôler le diagnostic (certains auteurs étrangers croient que le virus de l'encéphalite épidémique est en cause, un grand nombre d'auteurs pensent au contraire qu'il s'agit d'une maladie autonome).

On conçoit qu'une telle affection, chez un hérédo-syphilitique exposée à toutes les erreurs surtout qu'il en existe une forme encéphalo-méningée (exceptionnelle) et lorsque la participation corticale est très marquée, il est de règle de voir un syndrome méningé atténué (atteinte des paires crâniennes — paralysie du VII, du IX, parésie, parfois tremblements, frissons, déviation conjuguée de la tête et des yeux). La guérison est la règle.

Il est par conséquent aisé de croire à une méningite syphilitique guérie presque miraculeusement par quelques frictions mercurielles.

II. - Dans les méningites puriformes syphilitiques, on doit éliminer, d'abord la méningite cérébro-spinale, ainsi les observations XXX et XXXI de la thèse de Bounhoure ; la première concerne un enfant de 11 ans, hérédo-syphilitique (mère syphilitique traitée) qui est pris brusquement de signes méningés aigus, céphalées, vomissement, constipation, signe de Kernig et de Brudzinski, accompagné d'hyperthermie, d'herpès labial — de diplopie, de léger strabisme. La Ponction lombaire ramène un liquide trouble : albumine 0.90 ; poly. : 1.500 ; B. W. positif dans L.C.R. et sang ; Benjoin colloïdal positif ; Germes : méningocoques abondants.

Guérison par le sérum antiméningo.

La deuxième concerne un enfant de 20 mois, ayant un syndrome méningé évoluant depuis un mois. Apyrexie. — Raideur de la nuque attribuée à un Pott cervical. — Père et mère, pas d'antécédents avoués.

Examen. Le syndrome méningé est évident (s. de Kernig, de Brudzinski, contracture des membres, constipation, ventre rétracté). P. L. : liquide louche — albumine : 2 grs. — cellules : 4.000 poly. — nombreux méningocoques. Le benjoin est positif, le B. W. est négatif au 1er examen, guérison avec le sérum antiméningo. Quelques jours après, le B. W. est positif dans le sang et le L.C.R.

Toutes les méningites à liquide C.R. purulent septique peuvent survenir : elles sont facilement identifiées, comme dans les cas précédents par

l'examen direct, les cultures, l'inoculation (pneumocoque [1]), staphylo, strepto, B. K., entérocoque, etc.)

Les méningites puriformes aseptiques [2] peuvent se rencontrer, au cours d'otite, de sinusite, de mastoïdite, au cours d'ascaridiase, de pneumonies de grippe, d'intoxication par le gaz d'éclairage. Toutes ces causes sont faciles à retrouver chez l'hérédo-syphilitique.

III. - Dans les formes localisées, un diagnostic important est celui de tumeur cérébrale en raison des sanctions opératoires. Or, la syphilis peut elle même par gomme, par exostose, par anévrisme et par lésion méningée provoquer une symptomatologie tumorale. L'épreuve du traitement, avec les réserves d'usage doit amener rapidement un résultat. Cependant certains processus syphilitiques demeurent rebelles au traitement.

Dans les formes narcoleptiques, ont doit envisager l'encéphalite épidémique, problème déjà vu plus haut.

Dans les formes émétisantes rappelons la forme émétisante de la méningite tuberculeuse, des tumeurs cérébrales ; dans les formes oculaires et optiques, toutes les infections à virus neurotropes peuvent être évoquées. Nous en avons vu plus haut les données.

---

(1). — Méningite purulente asymptomatique due au pneumocoque chez un enfant syphilitique. Molteni, *Pediatria pratica*. 1935.

(2). — Méningite purulente pseudo-méningococcique chez un enfant hérédo-syphilitique à Wassermann positif dans le L.C.R. Fornara. — Policlinico 1930.

En résumé, on doit, *dans une observation de méningite hérédo-syphilitique :*

Mettre en évidence l'existence des stigmates de syphilis héréditaire des antécédents paternels ou maternels, ou des grands parents (recherches sérologiques, sang et L.C.R.)

— Vérifier qu'il ne s'agit pas de syphilis acquise de l'enfant.

— Faire une cuti réaction à la tuberculine, ou une intra-dermo, ou une percuti et faire un examen pulmonaire, rechercher la contagion possible.

— Rechercher les signes pouvant faire penser soit à la poliomyélite, soit à l'encéphalite.

— Rechercher en Algérie, le typhus exanthématique, le typhus récurrent, la malaria, pouvant eux aussi donner des réactions méningées.

— Penser aussi à la spirochétose,

— aux manifestations d'anaphylaxie, à un traumatisme crânien récent.

— Scruter les cavités de la face, à la recherche d'un foyer d'infection.

— Examiner les parotides.

— Rechercher les parasites intestinaux (ascaris), les éruptions cutanées, herpès, zona.

— Faire un examen du système nerveux à la recherche d'une lésion infectieuse localisée, d'un foyer de désintégration plus ou moins latent.

La ponction lombaire permet l'étude du liquide céphalo rachidien, albumine, cythologie, Wassermann, benjoin, glycorrachie, chlorures, examen du culot, inoculation au cobaye.

Enfin, tenir compte des effets plus ou moins évidents du traitement.

Traitement

Il se rattache au traitement de l'hérédo-syphilis, en général, en tenant compte du réveil de la syphilis et de sa virulence exaltée qui, ayant provoqué une atteinte méningée est fort suspecte de causer une atteinte du névraxe.

En conséquence, il convient de faire un traitement intensif précoce, et de faire un traitement prolongé, pour éviter tout réveil tardif de l'infection et surtout les irrémédiables dégâts du système nerveux.

Tout traitement doit être suivi par la courbe de poids et les réactions aérologiques. Plusieurs cas se posent :

1) la méningite hérédo-syphilitique évolue chez un nourrisson atteint de syphilis grave, syphilis infectieuse massive du nourrisson :

a) pas d'arsénobenzène ;

b) les *préparations mercurielles* sont indiquées:

frictions : 20 jours avec l'onguent napolitain dédoublé, traitement de choix ;

— ou lactate d'hydrargyre en solution à 1/1000 XII gouttes par kilogs et par jour, jusqu'à 3 mois,

(X après 3 mois, jusqu'à 3 ans) en fractionnant en 3 ou 4 prises (Marfan) (seulement en l'absence de vomissements).

c) le Bismuth, liposoluble, plus difficile à employer, de 1/2 à 1 cgr. de Bismuth métal par kilog et par semaine. Après 2 ou 3 séries, on essaiera prudemment les arsénobenzènes.

Le pronostic est sombre, malgré le traitement, la plupart de ces enfants succombent et presque toujours de broncho-pneumonie intercurrente

2) Dans un 2ème groupe de faits, il s'agit d'enfants déjà plus grands ou semblant moins atteints, avec méningite hérédo-syphilitique où il faut frapper vite et fort, toutes les médications antiluétiques peuvent être employées.

1. - arsénobenzènes trivalents, sulfarsénol ou arsénomyl, un centigramme à un centigr. et demi par kilogs de poids, avec 10 centigrammes par kilogs de poids pour une série (10 injections en 20 jours ou 30 jours.

2. - le novarsénobenzol ,en dehors de toutes lésion rénale ou hépatique, et de crise comitiale. (Il est plus rarement utilisé que le sulfar).

3. - le cyanure de mercure à 1 %, 1 cc deux fois par semaine, en intra-veineuse ;

— le benzoate, le biiodure de mercure en intramusculaire ;

— lactate d'hydrargyre et frictions mercurielles,

sont à ne pas employer seuls, parce que ce traitement est insuffisant.

Il faut se rappeler que *le Wassermann positif de l'enfant se négative plus difficilement que celui de l'adulte ; qu'il tend à redevenir positif ; qu'on a de la peine, après l'avoir réduit, à le maintenir négatif.* (1).

Aussi, doit-on prescrire un traitement d'entretien et suivre le L.C.R. de l'enfant. Les cures d'entretien, une par trimestre au minimum pendant un ou 2 ans, puis une par semestre pendant un temps égal consisteront en série bismuthiques, Bismuth liposoluble, ou suspension huileuse à la dose de 1 centigr. de Bismuth métal, par kilogs et par semaine.

Ces cures alterneront avec des séries d'arsenobenzène.

Ce traitement se prolongera par les préparations à prendre par os (type sirop de Gibert, iodure de potassium + biiodure de mercure) dant l'intervalle des séries.

L'association de lésions viscérales doit rendre le thérapeute extrêmement circonspect. La médication hydrargyrique semble la mieux tolérée. Les lésions du système nerveux central sont rebelles au traitement, parce que ce sont souvent déjà les lésions cicatricielles sur lesquelles la thérapeutique est vai-

(1) — Un septième des enfants traités par Couvelaire à un dispensaire de Baudelocque, conserve après 5 ans un Wassermann positif.

ne. Mais on doit tout de même traiter ces malades pour empêcher l'aggravation des lésions, pour entraver une syphilis évolutive.

Les résultats du traitement sont variables dans les 2/3 des observations, l'amélioration de la méningite est très rapide, mais les suites lontaines manquent et il est assez difficile de se faire une opinion (une observation de Marfan montre une guérison quasi complète chez un malade revu lors de son service militaire).

Ce sont les lésions associées du système nerveux qui, pensons-nous, conditionnent le pronostic, plus que la méiopragie méningée.

Un certain nombre de cas laisse des séquelles (surdité, atrophie optique progressive par exemple) sur lesquelles le traitement est sans action. Surtout un important retard psychomoteur est à redouter lorsque les réactions sérologiques s'atténuent difficilement. D'une manière générale, redouter les psychopathies qui surviendraient dans le 1/4 des cas, enfin, craindre avant et jusqu'à l'âge de deux ans l'évolution fatale malgré le traitement le mieux conduit, même chez les enfants de bonne apparence.

Dans notre observation, le traitement intensif d'emblée ne s'est pas imposé parce qu'une amélioration spontanée s'esquissait ; sous l'influence de quotidiennes frictions mercurielles, puis des injections de sulfarsénol, cette amélioration s'est rapidement confirmée, la leucocytose est tombée à des

chiffres presque normaux, le Wassermann s'est négativé, l'hyper-albuminose a diminué.

Cependant l'enfant est soumise à une cure d'entretien que l'on renforcera au besoin et sa courbe pondérale marque un accroissement un peu lent (les conditions actuelles de vie de l'indigène interviennent peut-être ?)

Conclusions

La méningite hérédo-syphilitique est d'un diagnostic toujours difficile et il faut en apporter les preuves (antécédents, stigmates, réactions sérologiques, action du traitement sur celle-ci et les signes cliniques).

Elle est polymorphe, simulant toutes les méningites, toujours se montrer sceptique car, dans nombre de cas, il est impossible de conclure entre méningite hérédo-syphilitique et méningite à virus neuro et méningotrope chez un hérédo-syphilitique.

Son traitement ne doit pas se limiter à quelques frictions mercurielles dès qu'on la soupçonne, même si la méningite guérit comme par miracle en quelques jours.

Ne pas croire à la bénignité de l'affection, faire des réserves pour l'avenir, même dans les cas ou la thérapeutique semble agir puissamment.

Donc, exiger que ces malades soient suivis et traités de longues années.

Telles sont les conclusions pratiques qui découlent de cette étude.

Bibliographie

1941

Pie mérite syphilitique aiguë,
MONNIER-VINART et BRUNEL, Soc. de Neurol. 6 févr.

Méningite syphilitique aiguë,
GUILLAIN et PITON, Soc. de Neurol., 9 janv. 41.

1940

Méningite syphilitique aigüe, néphrite et myocardite, au cours du traitement, réaction d'Herxheimer, autopsie,
SNEEDEN and HUNTER, Urol. and Cutan. Rev. 44.766 Dec. 1940.

Méningo encephalite syphilitique (in serum negative feeble minded children, histologie study in meningo encéphalitis).
C. E. BENDA, Am. J. Psychiat. 96 1295 Mai 1940.

Neuro-syphilis congénitale, observations,
PACHECO e SILVA, de OLIVEIRA BASTOS, VEIGA de PARROS, Rev. Biol. et Méd. 1. 12. 17 Mars-Avril 1940.

Neurosyphilis, étude clinique de lésions hérédo-syphilitiques du système nerveux central,
SCHULTE, Ztsch. f. d. Ges. Neurol. und Psych. 169 250-272 1940.

Fausse hémolyse positive syphilitique et réaction de floculation (50 cas de M. Tubercul.),
A. SELLEK AZZI et A. del FRADE, Arch. de Méd. Inf. (La Havane), 9. J. S. 1940.

Valeur négative du Wassermann dans le L.C.R. dans le D. de Syph. du S. N. Central,
LEMERE, Urol and Cutan. Rev. 44. Déc. 1940.

1939

Méningite syphilitique basilaire et ophtalmoplégie, observation,

Monteiro Sales, Arq. Inst. Penido Burnier 5. 281. Déc. 1939.

Etude des stigmates et Wassermann dans le sang et le L.C.R., dans la syph. congénitale tardive,

F. de Franco, Cervello, 15 Juil. 39.

Thérapeutique de l'H.S.,

Milian, Paris Médical, 4 Mars 1939.

Forme gommeuse pseudo tumorale avec Hyp. intra cr.,

G. P. Cucco, Arch. Ital. di Méd. Op. 5.449.39.

1938

Méningite syphilitique aiguë,

Trabucchi, Riv. di Prat. Nerv. 51. 439. Mai-Juin 38.

Méningite syphilitique causant une bradycardie,

Broustet, Sarric, de Lachaud, B. et M. Soc. M et Ch. Bordeaux, p. 353, 1938.

Neuro-syphilis congénitale, caractère du L.C.R.,

Sellek Azzi el del Frade, Bol. soc. cubana de pediat. oct. 1938.

Neuro-syphilis chez les enfants,

L. E. Hinsie, Arch. Pediat. (New York), 55. 627. Oct. 1938.

Syphilis congénitale,

J. S. Carrera, Seoane, Prensa medica argentina, 25. 1966, Oct. 38.

Syphilis héréditaire,

Ledoux, Urol. and Cut. rev. 42. Oct. 38.

Interprétation des réactions sérologiques,

Arch. Méd. Inf. (La Havane) 7. 463. Oct.-Déc. 38.

Méningite syphilitique fatale avec L.C.R. à Polynucléaires,
Martin Barbaz, Bull. soc. Fr. Derm. et Syph. 45.528. Avr. 38.

Méningite syphilitique à forme mentale,
Donnadieu, Presse médicale 46. 22 Juin 38.

Méningite syphilitique avec manifestations oculaires,
R. Kahn, Arch. Pediat. 55. 613. Oct. 38.

Méningite syphilitique des enfants, observation,
Sanchez, Santiago, Arch. Méd. Inf. (La Havane), 7. 172-187 Janv.-Mars 38.

1937

Sur la P. G. infantile,
Roger, Alliez, Arch. médico-psych. 22 nov. 1937.
Brissot, Maillefer, — 9 déc. 1937.

Méningite syphilitique avec manifestations oculaires,
Haganan, Mississipi Doctor, 15. 52. Déc. 37.

Méningite syphilitique simulant l'encéphalite léthargique,
P. Uhry, Ann. d. Mal. Vén. 32 Janv. 37.

Neurosyphilis congénitale,
Babonneix, Sem. des Hôp. de Paris, 13. 393. Oct. 37.

Méningite aiguë hérédo-syphilitique chez un enfant de 12 ans,
Osman Sereffeddin Celik, Türk. tib semiyeti mecmuasi (Istanbul) 3. 168. 37.

Méningite gommeuse avec distrophie adiposo-génitale,
Hval, Acta dermato venereol. 18, 64. Fév. 37.

Méningite syphilitique simulant une méningite aiguë épidémique,
Green et Hoagland, Mil. Surgeon 80.366. Mai 37.

1936

Méningite syphilitique aiguë associée à une otite moyenne,

R. Amyot, Union Médicale du Canada, 65, 1161. Déc. 36.

Méningite aiguë syphilitique avec œdème de la papille,

Redvers Ironside, Proceeding of the Roy. Soc. of Med. Vol. XXX p. 576 - 1936.

Méningite syphilitique, deux cas,

Urecchia et Mme Retezeanu, Arch. Internat. of Neurology, April 36.

L.C.R. à Wassermann positif dans les tumeurs du névraxe,

Desneux, Presse médicale, 44.655 Avril 36.

Méningite hérédo-syphilitique subaiguë, observation et discussion,

R. Debre, Julien Marie, et P. Gabriel, Bull. Soc. Pédiatrie de Paris, 34. 98. Fév. 36.

Méningite syphilitique subaiguë simulant la méningite tuberculeuse,

2 cas chez l'enfant, R. Debre, Julien Marie, Pichon, Revue Française de Pédiatrie (Strasbourg), 12, 17-56, 36.

Méningite syphilitique avec névralgie sciatique et scoliose,

Ramond, Presse Médicale, Janv. 36, 44. 121-122.

1935

Neuro-syphilis congénitale de l'enfance,

Back Slutsky et Czerny,
Revue Française de Pédiatrie, 11, 432, 35.

Méningite purulente asymptomatique due au pneumocoque chez un enfant syphilitique,

Molteni, Pediatria Pratica, 12, 323, Sept. 35.

Méningite subaiguë,

R. Debre, Julien Marie, Mme Bernard-Pichon, Bull. soc. Pediatrie de Paris, Juin 1935.

Association de syphilis nerveuse et d'infection nerveuse à virus filtrant,

Gougerot, Presse Médicale, 26 Oct. 1935, p. 1679.

1934

Méningite aiguë syphilitique,

Rousset, Tassowatz, Strasbourg Médical, 94, Août 1934.

Hérédo-syphilis en Algérie,

V. Gillot et Machuel, Tunisie Médicale, 28, Juil.-Août 1934.

Méningite due à une typhoïde chez un hérédo-syphilitique,

Piaggio et Anastasia, Arc. urug. de méd. cir y especialidad, 5. 525, Nov. 34.

Méningite syphilitique aiguë,

R. Jemma, Minerva médica, 1, 82, Janv. 34.

Méningites puriformes aseptiques,

Turquety, Paris Médical, 27 oct. 34 .

1933

Méningite syphilitique et syndrome méningé aigu chez l'enfant,

Nobecourt, Rev. Gén. de Clin, et de Thérap. 47, 241, 15. Avril 1933.

L.C.R. de la méningite syphilitique, étude ther. tryparsamide,

Kwiatkowski, Arch. Inst. prophylact. 5, 129, 33.

Neuro-syphilis congénitale,

Babonneix, Arch. de méd. des Enfants, Avril 33.

1932

Méningite syphilitique, paralysies oculaires et névrite optique,

Alajouanine, Mauric et Rossano, Rev. Neurol, 2, 78 - 82 Juill. 32.

Méningite syphilitique et herpès,
A. Thomas et Laflote, Paris Médical, 26 Mars 32.

Méningite syphilitique des enfants,
Mikulowski, Urol and Cutan, Rev. Avril, 32.

Méningite syphilitique aiguë,
von Lehocsky, Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh. 129. 58.32.

Diagn. différ. de méningite syph. et de méningite de l'influenza seules et combinées,
Motta Rezende, Astregezilo, Rev. Sud. amér. de méd .et chir. 3.228. Mars 32.

1931

Forme mentale de la méningite syph,
Laubie, J. de Médecine de Bordeaux, 108, 20-30 Janv. 31.

Méningite tuberculeuse et méningite syphilitique,
Kramer et Stein, Arch. Internal. Méd. Oct. 31.

Méningite syphilitique chez un enfant de 9 ans,
Mikulowski, Revue française de Pédiatrie, 7.104-113.31.

Méningite syphilitique à symptômes oculaires,
Rollet et Paufique, J. de méd. de Lyon, 20. 3. 31.

1930

Méningite syphilitique congénitale,
R. Strœm-olsen, The Lancet, 78 12 July 30.

Syndrome ponto - cerebelleux avec méningo - encéphalite syph.
Spangenberg et R. Ruiz, Prensa medica argentina 17, 680 10 Oct. 30.

Méningo encéphalite syph. à forme narcoleptique,

Laignel-Lavastine et Miget, Rev. Neurol, 2 87-88 Juil. 30.

Neuro-syphilis congénitale,

Sezary, B. et M. S. M. des H. P. 54 1182 Juil.

Syphilis congénitale compliquée de névrite optique,

L. Morquio, Rev. Neurol. 2 70 Juil. 30.

Méningite purulente pseudo méningococcique chez un enfant hérédo-syphilitique avec W. positif dans le L.C.R.,

P. Fornara, Policlino, (sez. Med.) 37 213 223, Mai 1930.

Méningite syphilitique simulant une encéph. épid.,

Guillain, Mollaret, Thoyer, B. et M. de la Soc. ciété des H. P. 10 Mars 30.

1929

Méningite syphilitique chez un gynandroïde,

Trémolière, Tardieu et Veran et M. Soc. Méd. des H. P. 22 Juillet 39.

Méningite syphilitique aiguë avec signes mentaux,

Faure - Beaulieu, Presse médicale, 27 Juil. 29.

Méningite syphilitique, difficulté du diagnostic,

Heuyer et Bach, Archive de méd. des Enfants, mars 29 et Bull. Soc. Pédiat. Paris 413. Oct. 1928.

Méningite hérédo-syphilitique avec vertiges et crises d'hyperhydrose,

Eschbach, Paris Médical, 2 Mars 29.

Méningite syphilitique de l'enfant,

O. Garzia, Méd. Ital. 10 807-816, Nov. 29.

Méningite puriforme amicrobienne chez un enfant de 11 ans,

Beretervide et Delfino, Prensa med. argent. 16 923-927, 10 Déc. 29.

Sur un cas de méningite puriforme aseptique ,

Estiu et Leuci, Rev. Assoc. Méd. Argentina, Mai-Juin 1929, n° 287.

Wassermann positif dans le L.C.R. de méningite tuberculeuses et autres méningites non syphilitiques,

Schaffle, Riesenberg, Am. J. M. Sc. 178 - 632. 29.

1928

Meningite syphilitique, variétés de localisation à la base.

R. Sorel, Bruxelle Médical, 8 1369-1375. 19 Août 28.

Méningite syphilitique et formes précoces.

Achard, bull. Med. 8 11 Fevrier 1927 et Médecine. 9 332-334 Févr. 28.

Méningite syphilitique, 5 cas,

Macciotta, Clin. ed Ig. Inf. Janvier 28.

Méningite syphilitique, 3 cas,

Achard, Bulletin Med. de Paris, 8 11 Fevrier 28. p. 151.

Méningite tuberculeuse chez un syphilitique,

M. Roch, Rev. méd. de la Suisse, Rom. 25 fév. 1928.

Méningite syphilitique chez un nourrisson,

José Symono, Rev. Médicale de Chili (Le Nourrisson, Janv. 1930) - Nov. 1928, p. 1076.

Meningite séreuse,

Claude et Lamache, Paris Méd. 6 Oct. 1928, p. 277.

1927

Meningite syphilitique aiguë chez un garçon de 3 ans ½.

H. Koch, Wien. Med. Wochenschrift, 77. 1630, 26 Novembre 1927.

Méningite puriforme aiguë chez un diabétique.

G. Pillaud, Policlinico sez prat., 34 1849-1852, 19 Déc. 27.

Convulsions infantiles dues à l'hérédo-syphilis,

NOBECOURT et LEBÉE, Clinique Fév.-Mars 27 et Bull. soc. ped. Paris, 26 24-29 Janv. 28.

Méningite syphilitique chez l'enfant,

J. W. AMESSE, W. W. BARBER, Am. J. Syph. 11 544 Oct. 27.

Syphilis congénitale, diagnostic par examen du L.C.R.

O. TESZNER, Monatschr. f ; Kinderheilk, 35, 398-547, 27 et K. SAMPSON, Monatschr. f ; Kinderheilk, 36, 16-24.

1926

Contribution à l'étude de la méningite syphilitique aiguë,

MAZZEO, La Pediatria, 15 mars 1926, p. 299.

Méningites syphilitiques, courbes du benjoin atypiques,

LÉCHELLE et MOUQUIN, Bull. soc. franç. Derm. et syph. T. 33 p. 426. Formes puriformes, T. 50 p. 1160. - id. -

Méningite hérédo-syph. très tardive,

ETIENE, MATHIEU, VERAIN, Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph. réunion de Nancy, T. 30, 3.6.

1925

Méningite syphilitique à poly,

ROUDINESCO et Mlle ODIER, Soc. de Pédiat. Paris - 16 Juin 1925.

Méningite syphilitique à évolution suraiguë,

PISSAVY et DELAFONTAINE, B. et M. de la Soc. des H. P. 1137 25.

1924

Etude clinique,

SCHULMANN et TERRIS, Progrès médical, 458, 573, 775, Paris 1924.

Méningite suraiguë syph. mortelle,
CASSOUTE, Soc. de Pédiatrie de Paris, 19 Févr. 24.

Diagnostic de la syphilis héréditaire et altérations sanguines,
LEREDDE, Presse Médicale, 32, 641. 24.

Traitement de la Syph. Inf.,
TIXIER, Presse médicale, p. 818.

1923

Méningite hérédo-syph.,
LEREDDE, Soc. derm. et syph. 13 Déc. 1923.

Méningite syphilitique tertiaire avec accès fébriles à type pseudo palustre,
SCHÆFFER, Presse Médicale, 8 Sept. 1923.

1922

Méningite hérédo-syph. et dystrophies infantiles,
LEREBOULLET et PICHON, Soc. de Pédiatrie, 20 Juin 1922 ;
KIRCH, WIENER, Arch. f. inere Medizin, 1922.
SQUARTIS, Revista clinico pediatrica, 1922.

1921

Otto TEZNER, Monach f. Kinderheilk, 1921.
J. BRENER, Deutsch. Med. Woch. 1921.
KINGERY, Arch. of Gyn and Pediat. 1921.
HUTINEL et PROSPER MERKLEN, *Mémoire sur méningite tuberculeuse et hérédo-syphilis.* Arch. de méd. des enfants, sept. 1921.

1920

Méningite subaiguë à forme émétisante chez un hérédo-syphilitique.
Henri LEMAIRE, Soc. de Pédiatrie, 19 Mai 1920.

Un cas de méningite syphilitique chez un tuberculeux,
MALLARDI, Pediatria 28. 1138 - 1920.

Méningites aiguës chez les hérédo-syphilitiques,
HUTINEL, Presse médicale, 22 Avril 1918.

Syndrome méningitique aigu, syphilitique,
POROT, Rev. Neurol. 10-11-12 1917.

Contribution à l'étude de la méningite syphilitique chez l'enfant,
SENLECQ, (société médicale des Hpitaux de Paris, 22 Janvier 1914).

Mémoire fondamental de RAVAUT, annales de derm. et syph. février 1907.

TŒBLER Jahrbuch fuer Kinderheilkunde T. 63 fasc. 1, 1906.

Traités de :

NOBECOURT et BABONNEIX, Tome 5, p. 219.

Encyclopédie médico-chirurgicale, pédiatrie, J. MEYER, 4123.

Encyclopédie médico-chirurgicale, syphilis.

Encyclopédie médico-chirurgicale, néurologie.

Pratique médico-chirurgicale, méningite syph. p. 557.

les traités de médecine infantile, de :

GRANCHER,
COMBY,
LEMAIRE et MARFAN,
BABONNEIX,
RIBADEAU DUMAS.

Nouveau traité de Médecine, T. 20
(article de SICART, revu par HAGUENAU en 1934).

Congrès de Médecine de Paris 1936, méningites lymphocytaires curables.

— L'hérédo-syphilis clinique et thérapeutique, J. Hutinel, Alice Linossier-Ardouin, Paris 1932.

— Nobecourt, Clinique médicale des enfants, affections du système nerveux, la M. Tub. chez les hérédo-syph. (leçon du 20/6/1925).

— La Capère : la syphilis arabe — Masson 1923.

Thèse de Lavergne, Paris, 1920.

Thèse de Simone Laurent, Paris 1931, Syph. héréd. au-delà 1ère Gén.

Thèse de Bounhoure, Toulouse 1923, L.C.R. de la syph. héréditaire.

Thèse de Bezançon, Lausanne, 1924.

Thèse de Mercier des Rochettes = Rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire, Paris 1922.

Thèses de Devallet, Paris 1937 et de Goldstein, Lyon 1935 sur la P.G. infantile.

TABLE DES MATIERES

PAGE

Avant propos 9

Définition 13

Rappel d'anatomie pathologique 15

Parallèle avec l'adulte 18

Fréquence 27

Forme simulant la méningite tuberculeuse et les autres méningites lymphocytaires 39

Formes malignes 78

Formes mentales 86

Formes très tardives 90

Formes avec amyatrophie 93

Formes localisées 94

Notre observation 98

Diagnostic 111

Traitement 125

Conclusions 131

Bibliographie 133

VU :

Le Président de Thèse,
POROT.

Le Doyen,
LEBON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 15 Juillet 1941.

Le Recteur,
HARDY.

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine